# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N° 197

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 9 Avril 1908, à 1 heure*

PAR

**Achille BOYER**

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien interne en chirurgie au Dispensaire Furtado-Heine
à l'Hôpital Saint-Joseph et à l'Hôpital Saint-Michel

LE

# Cancer primitif de la Vulve

**(SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT)**

*Président* : M. POZZI, *professeur*

*Juges* : MM. ALBARRAN, *professeur*
QUÉNU, *professeur*
LAUNOIS, *agrégé*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
**BONVALOT-JOUVE**
15, RUE RACINE, 15

1908

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. LANDOUZY |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL |
| Chimie organique et Chimie générale | GAUTIER |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD |
| Pathologie médicale | BRISSAUD<br>DEJERINE |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | QUENU |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | GILBERT |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | Gilbert BALLET |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | HAYEM<br>DIEULAFOY<br>DEBOVE<br>LANDOUZY |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | JOFFROY |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND |
| Clinique chirurgicale | LE DENTU<br>BERGER<br>RECLUS<br>SEGOND |
| Clinique ophtalmologique | De Lapersonne |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN |
| Clinique d'accouchements | PINARD<br>BAR<br>RICHEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |

## Agrégés en exercice.

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | CUNEO | LAUNOIS | NOBECOURT |
| BALTHAZARD | DEMELIN | LECENE | OMBREDANNE |
| BRANCA | DESGREZ | LEGRY | POTOCKI |
| BEZANÇON (Fer.) | DUVAL (Pierre) | LENORMANT | PROUST |
| BRINDEAU | GOSSET | LŒPER | RENON |
| BROCA (André) | GOUGET | MACAIGNE | RICHAUD |
| BRUMPT | JEANNIN | MAILLARD | RIEFFEL, chef des travaux anat. |
| CARNOT | JEANSELME | MARION | |
| CASTAIGNE | JOUSSET (André) | MORESTIN | SICARD |
| CLAUDE | LABBE (Marcel) | MULON | ZIMMERN |
| COUVELAIRE | LANGLOIS | NICLOUX | |

*Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

Hommages respectueux

A

Monsieur le Professeur POZZI

Professeur de Gynécologie à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Broca

À MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

*Ecole de Lyon*

MESSIEURS LES PROFESSEURS OLLIER
GANGOLPHE, JABOULAY, AUGAGNEUR

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS SIRAUT,
LESIEUR, PATEL

LES DOCTEURS BONDET, CORDIER, DRON

*Ecole de Paris*

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

HARTMANN MARION
MM. LES Drs TALAMON, médecin des Hôpitaux,
DARTIGUES, P. REDARD,
KOPPF, MÉNIÈRE, GENOUVILLE,
RÉCAMIER, P. PETIT

SINCÈRES REMERCIEMENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. PROUST

AUX DOCTEURS F. JAYLE et X. BENDER

# Le Cancer primitif de la Vulve

*SYMPTOMES DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT*

---

## CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Comme le titre l'indique, nous ne nous occuperons ici que des cancers primitifs de la vulve ; les cancers secondaires ne s'observant que comme une propagation à distance des cancers du vagin ou de l'utérus, de l'anus ou du rectum.

*Etiologie.* — Le professeur Pozzi n'a observé que très rarement le cancer de la vulve sur plusieurs milliers de cancers des organes génitaux de la femme. Aussi trouve-t-il la proportion de 1 o/o signalée par Gurtl un peu forte.

*Age.* — Pour Lebert, le cancer primitif de la vulve s'observerait surtout de vingt à vingt-cinq ans. Pour Polaillon, l'âge moyen est de quarante-neuf ans. Généralement c'est entre quarante-cinq et

cinquante-cinq ans que les femmes en sont atteintes.

Disons toutefois, et à titre d'exception, que ces moyennes d'âge ne doivent pas être trop exclusives. C'est ainsi qu'on a vu et opéré un cancer vulvaire chez une petite fille de cinq ans ; qu'on en a observé un chez une jeune fille de vingt ans ; dans un cas de Lambret signalé dans nos observations, la malade avait dix-huit ans ; enfin, on en a plusieurs fois constaté chez des femmes d'un âge avancé.

*Causes prédisposantes.* — La leucoplasie vulvaire qui présente une similitude grande avec la leucoplasie bucco-linguale, souvent point de départ du cancer de la langue, a été incriminée, et, à juste titre.

Pour Darier, la leucoplasie vulvaire n'est redoutable que parce qu'elle peut devenir l'origine d'un cancer. X. Bender et F. Jayle ont pu réunir quatorze cas de leucoplasie vulvaire compliquée de cancer. Ces derniers auteurs pensent que la leucoplasie crée des conditions favorables à la dégénérescence cancéreuse, mais que celle-ci n'est pas l'unique aboutissant de la maladie.

En réalité, le terrain leucoplasique est éminemment favorable au développement du cancer vulvaire, et deux des observations inédites que nous citons, en sont une preuve éclatante.

On a accusé aussi, mais à moins juste titre, les lésions syphilitiques antérieures de la vulve.

Pour Dartigues, l'état sordide dans lequel beaucoup de femmes tiennent leurs organes génitaux externes pendant de longues années, peut avoir une

influence prédisposante indirecte, par les irritations continues et les affections chroniques qu'il entretient.

*Variétés histologiques.* — Celles-ci comprennent des cancers vulvaires conjonctifs, et des cancers vulvaires épithéliaux.

Les *cancers conjonctifs* sont à la vulve des formes rares. On y distingue : le sarcome, pouvant exister à l'état de pureté ; ou encore le mélano-sarcome, variété histologique la plus fréquente, qui est composée de cellules tantôt fusiformes, tantôt arrondies, mais remplies de pigment noirâtre ; ou enfin le myxo-sarcome.

Polaillon et Alglave ont observé un angiome sarcomateux, situé à la commissure supérieure et à la commissure inférieure de la vulve et qui détermina la mort par hémorragie.

Les *cancers épithéliaux* sont les formes les plus fréquentes. On distingue : l'épithélioma pavimenteux et l'épithélioma tubulé.

*Variétés topographiques.* — Nous les diviserons en quatre :

1° Le cancer péri-urétral de Pozzi, dont l'évolution commence au pourtour du méat urinaire, au niveau de la surface vestibulaire et qui s'infiltre ensuite particulièrement autour de l'urètre, auquel il constitue une sorte de manchon néoplasique ;

2° Le cancer clitori-nymphéal, appelé ainsi par Dartigues, parce qu'il atteint simultanément tout d'abord le clitoris et la petite lèvre ou nymphe, et parce

qu'il débute ordinairement dans le haut du sillon qui sépare le clitoris et la petite lèvre de la grande lèvre ;

3° Le cancer de la glande de Bartholin ou épithélioma glandulaire, dont le point de départ est au niveau de cette glande ;

4° Le cancer de la grande lèvre, limité à cette partie de la vulve.

## SYMPTOMATOLOGIE

Voyons successivement, et dans une étude d'ensemble, quelle est l'évolution symptomatique de ces différentes formes.

Nous procéderons ensuite à l'examen clinique de chacune d'elle en particulier.

### Evolution symptomatique

Le *début* des cancers vulvaires passe très généralement inaperçu. Aussi cette phase originelle est-elle une sorte de période latente, toujours très obscure. Il est très difficile de préciser le commencement du mal qui peut remonter assez loin.

Souvent cette phase est caractérisée par un prurit vulvaire qui peut être très intense et tourmenter péniblement les malades. Il se présente sous forme de crises d'exacerbations séparées par des périodes d'accalmie.

A ce moment, on peut observer de la leucoplasie vulvaire qui donne lieu à un prurit intense. La malade se gratte et hâte ainsi l'ulcération du néoplasme.

*Etat.* — C'est alors à l'occasion d'une crise de prurit plus violente, à l'occasion d'un coït possible, de sa toilette même, que la malade s'aperçoit d'une excoriation qui saigne facilement et qui est rebelle à la cicatrisation, malgré les soins ; ce peut être encore une petite saillie plus ou moins accusée siégeant soit en pleine grande lèvre, soit au niveau du clitoris, soit plus fréquemment autour du méat urinaire, soit à la partie interne de la grande lèvre au niveau de la glande de Bartholin, soit enfin, et le plus souvent, dans le haut du sillon interlabial, qui sépare la grande de la petite lèvre d'un côté. Cette petite saillie s'ulcère facilement et ne tarde pas à donner lieu à une sorte de suintement séro-sanguinolent qui devient fétide, si la femme n'entretient pas ses organes génitaux avec le plus grand soin.

*Terminaison.* — Une fois constituée, l'ulcération s'agrandit toujours ; la petite tumeur s'ulcère et saigne continuellement. Cependant, sauf dans les cas de sarcomes angiomateux, le suintement sanguin n'est pas abondant et ne revêt pas le caractère d'une véritable hémorragie, bien que la région vulvaire soit très vasculaire.

Les autres symptômes sont ensuite en rapport avec le siège du cancer et la présence dans son voisinage de l'urètre, du vagin, du rectum.

Primitivement limitée au méat urinaire, l'ulcération finit par gagner le méat ; la *douleur* sera très intense pendant la miction ; l'*infection* gagnera le col de la vessie et même le corps de la vessie, déter-

minant des phénomènes très pénibles de cystite. C'est alors que l'on pourra observer de la *rétention d'urine* complète ou incomplète, résultant de l'obturation du méat ou du canal par des bourgeons cancéreux ; de l'*incontinence d'urine*, conséquence de la destruction ulcéreuse de l'urètre et de son sphincter.

Plus tard, lorsque le cancer a gagné les régions voisines du vagin et de l'anus, on aura des troubles de la défécation, de l'occlusion intestinale chronique ou de l'incontinence des matières fécales dues à une destruction de la cloison recto-vaginale.

Bientôt, la cachexie cancéreuse s'établit ; des greffes cancéreuses se font d'un côté à l'autre de la vulve ; la généralisation s'étend au foie, au poumon. Enfin la mort survient occasionnée par des troubles locaux intolérables et la déchéance générale de l'organisme. Elle ne se fait quelquefois pas attendre, hâtée dans son apparition par une phlébite fémorale ou intra-pelvienne suivie d'embolie, par une pneumonie ou une pleurésie métastatiques.

En résumé, lorsque l'ulcération est nettement constituée, il est des cas qui évoluent très rapidement en six mois, trois mois, même deux mois (Polaillon) ; d'autres ont une allure moins vive (cancer du clitoris) ; la généralité aboutit à la mort, si l'on n'intervient pas, au bout de deux ou trois ans.

## Examen Clinique

### A. — Etat Général

Au début, l'état général est assez satisfaisant. A la période terminale la cachexie empêche toute thérapeutique. Il serait donc logique d'arrêter au plus vite, et, dès sa phase initiale, l'évolution de la maladie par une thérapeutique aussi rigoureuse que possible. La plupart du temps, la chose est délicate, car le diagnostic n'est pas aisé.

En tous cas, lorsqu'une femme se présente au gynécologue, se plaignant de prurit vulvaire intense avec crises et accalmies alternées, il y aura lieu de procéder à un examen très minutieux.

### B. — Etat Local

1° *Cancer péri-urétral.* — Le cancer péri-urétral a tendance à gagner en profondeur ; c'est un cancer intra-vulvaire. Cette forme (fort bien décrite par M. le professeur Pozzi) siège au niveau de la petite surface triangulaire du vestibule et se développe surtout sur le méat ou autour du méat. De là, il s'infiltre dans la cloison urétro-vaginale, c'est-à-dire en longeant le canal de l'urètre et en gagnant la paroi antérieure du vagin.

*A l'inspection*, le cancer péri-urétral forme une

confluence de nodules, une masse mamelonnée obturant l'urètre et même l'orifice vaginal ; ou bien, il constitue une ulcération creusante, ravinée. Il présente la plupart du temps une coloration rouge.

*Au toucher*, on sent le canal induré sur une plus ou moins grande profondeur ; on a la sensation d'un cylindre rigide.

Comme autres caractères : il s'effrite facilement, saigne au moindre contact.

*Le toucher vaginal* pourra dans ce cas dénoter l'infiltration, si elle a gagné le voisinage du col de la vessie, ce qui est important à connaître au point de vue de l'opérabilité.

*La palpation des zones ganglionnaires* sera faite très minutieusement et dénotera une adénite bilatérale, si le cancer péri-urétral empiète en haut sur le clitoris ; unilatérale dans les autres cas.

De plus, si l'infiltration péri-urétrale a gagné notablement en profondeur, les ganglions pelviens auront de grandes chances d'être pris.

2° *Cancer de la glande Bartholin.* — Cette variété de cancer vulvaire semblerait devoir être confondue avec le cancer de la grande lèvre dans laquelle la glande de Bartholin est incluse. Il faut cependant distinguer ce cancer, qui est un épithélioma glandulaire analogue à l'épithélioma de la glande mammaire, des cancers proprement dits de la grande lèvre qui ont un point de départ cutané, et qui sont tantôt des épithéliomes, des sarcomes, des mélanomes, des myxomes.

Les cancers de la glande de Bartholin succèdent généralement soit à des abcès récidivants de la glande, soit à une bartholinite chronique suppurée. Il se forme alors sur la partie interne et moyenne de la grande lèvre une ulcération végétante, sécrétant un liquide séro-purulent. On peut observer encore à ce niveau, une tumeur de grosseur variable, rougeâtre, très douloureuse, et présentant un ou deux trajets fistuleux, s'ouvrant à la face interne de la grande lèvre. Les ganglions inguinaux sont gros, tendus et douloureux.

3°) *Cancer de la grande lèvre.* — Les principales formes de cancer de la grande lèvre sont :

α) L'épithélioma, ulcéré ou végétant, qui, d'après Bouilly, serait plus fréquent au niveau de la grande lèvre gauche. D'une façon générale, l'ulcération semble progresser plutôt vers le pubis et les aines, ou encore vers la fourchette vulvaire ;

β) Le sarcome, qui peut être consécutif à un molluscum pendulum ;

γ) Le myxome pur, comme Graefe (de Halle) en a observé un cas chez une femme de trente-six ans et qui était gros comme le poing et de consistance mollasse, ayant quelque analogie avec un lipome ;

δ) Le mélano-sarcome, se présentant sous la forme d'une plaque en relief, noirâtre, et de dimensions variables, plus ou moins mobile sur les plans sous-jacents.

Dans tous les cas, il faut rechercher l'adénopathie inguinale qui intéresse surtout les ganglions super-

ficiels de l'aine, d'après la distribution lymphatique connue. Dans le sarcome, il n'y a généralement pas d'adénite concomitante, à moins que la tumeur sarcomateuse ne soit craquelée ou ulcérée, d'où, porte d'entrée pour l'infection retentissant sur le système ganglionnaire.

4° *Cancer du clitoris ou juxta-clitoridien.* — Le cancer du clitoris ou juxta-clitoridien, appelé par Dartigues clitori-nymphéal, est le plus fréquent des cancers vulvaires, et sa forme la plus commune est l'épithélioma.

On peut lui distinguer deux formes : la forme nodulaire et la forme ulcéreuse.

α) *Forme nodulaire.* — Dans ce cas le cancer es surtout extérieur et disposé en surface.

*A la vue*, dans le sillon qui sépare la grande lèvre de la petite lèvre d'un côté, on observe une agglomération de petits nodules recouverts d'une stratification épithéliale plus ou moins épaisse, et qui ressemble assez à une verrue mamelonnée, sessile ou pédiculée, pouvant atteindre la grosseur d'une framboise. Cette petite tumeur verruqueuse est souvent ulcérée par endroits.

*Au toucher*, ces nodules conglomérés qui font corps avec la peau, ont une consistance assez ferme, bien qu'ils aient une tendance à l'effritement ; de plus, un léger grattage les fait saigner.

Dans certains cas, les nodules forment de véritables zones confluentes, et toute la région présente alors une consistance ligneuse.

β) *Forme ulcéreuse.* — *A la vue*, on constate au

début de cette forme, une petite ulcération dans le haut du sillon qui sépare la grande lèvre de la petite lèvre. Elle siège quelquefois tout d'abord sur le flanc du clitoris ou dans le sillon qui l'entoure. Cette ulcération présente des bords irréguliers, taillés à pic, recouverts de squames plus ou moins épaisses ou de croûtes résultant des sécrétions concrétées. Plus tard, quand l'ulcération a gagné en étendue, les bords sont saillants, recouverts de bourgeons exubérants et l'on a l'aspect d'un clapier sécrétant une sanie ichoreuse ou puriforme d'odeur repoussante.

La peau ambiante revêt une apparence œdémateuse, infiltrée, ou encore l'aspect de peau d'orange. Tout autour, et jusqu'à la racine des cuisses, on constate de l'érythème et des excoriations. Très souvent les poils tombent, et la vulve est complètement glabre.

*Au toucher*, l'ulcération présente une consistance indurée sur les bords. Si l'on frotte légèrement, elle saigne.

*A la palpation des zones ganglionnaires*, on sentira dans les aines les ganglions qui sont généralement pris de bonne heure, mais cependant pas toujours au début.

Bien que la lésion reste unilatérale, les ganglions sont souvent pris des deux côtés.

On peut même observer une adénite croisée, c'est-à-dire que si le cancer siège sur le côté gauche de la vulve, les ganglions du côté droit de la région inguinale seront engorgés, et inversement.

A ce sujet, il est intéressant de rappeler les belles recherches de Cunéo et Marcile sur les lymphatiques du clitoris et nous ne croyons pas inutile de citer les principaux passages de ce travail.

« Les lymphatiques du capuchon clitoridien aboutissent aux ganglions inguinaux superficiels.

« Les lymphatiques du gland clitoridien ont la même disposition que les lymphatiques du gland chez l'homme, naissant d'un réseau très dense. De ce réseau émanent deux à quatre troncs qui cheminent sur la face dorsale du clitoris. Souvent entrecroisés, ils s'anastomosent entre eux dans la région présymphisienne. Ils forment là un réseau dans lequel on peut trouver de petits ganglions analogues à ceux signalés par Küttner et Bruhns dans les réseaux homologues de l'homme. De ce réseau partent deux ordres de troncs. Les uns se portent vers le canal crural (voie crurale), les autres vers le canal inguinal (voie inguinale).

« Les troncs cruraux, au nombre de trois ou quatre, se dirigent directement en dehors croisant l'insertion du moyen adducteur, puis perforent l'aponévrose fémorale et pénètrent dans le canal crural. Ils cheminent un instant sur le pectiné et se terminent de la façon suivante : le tronc inférieur aboutit à un ganglion inguinal profond placé en dedans de la veine fémorale : le tronc sus-jacent se termine dans le ganglion de Cloquet. Le tronc le plus élevé aboutit au ganglion rétro-crural externe.

En somme tous ces vaisseaux, d'abord réunis en

un faisceau, divergent ensuite en éventail, pour se terminer dans une série de ganglions superposés dans le sens vertical et situés les uns, dans le canal crural ; les autres, dans la cavité pelvienne.

« La voie inguinale n'est ordinairement formée que par un seul vaisseau qui s'engage dans le canal inguinal et chemine au-dessous du ligament rond. Il se termine dans un ganglion placé sur l'artère iliaque externe, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale (ganglion rétro-crural externe). Sur le trajet de ce vaisseau, on peut trouver, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, un nodule ganglionnaire interrupteur. »

Comme on le voit, les lésions du clitoris peuvent retentir directement, non seulement sur les ganglions inguinaux superficiels et profonds, mais encore sur certains ganglions intra-pelviens.

Dans certains cas, la localisation du cancer n'est pas absolument clitori-nymphéale : et il atteint uniquement le clitoris transformé en champignon fongueux ulcéré (obs de Morestin) : ou bien simplement hypertrophié et végétant (obs. personnelle).

## DIAGNOSTIC

D'une manière générale, le diagnostic du cancer primitif de la vulve sera fait avec :

1° Les ulcérations banales de la vulve ;
2° Les affections vénériennes syphilitiques ;
3° Les affections vénériennes non syphilitiques ;
4° Les papillomes vulvaires ;
5° La tuberculose hypertrophique non ulcéreuse ;
6° L'esthiomène ou sclérème ano-vulvaire ;
7° La leucoplasie et le kraurosis.

### 1° Ulcérations banales de la vulve

Le cancer vulvaire débutant assez souvent par une période de prurit avec parfois, crises intenses, il y aura lieu de surveiller si possible ce prurit vulvaire initial et de ne pas le confondre soit avec le prurit idiopathique de la vulve, soit avec le prurit symptomatique du diabète, soit encore avec le prurit déterminé par les oxyures, la gale ou le très mauvais entretien des organes génitaux externes. Ces démangeaisons déterminent des ulcérations traumatiques de grattage qui passent souvent à l'état chronique,

qui suppurent ou revêtent un aspect sanieux et qui s'accompagnent d'adénite du voisinage.

Au premier abord, on pourrait être trompé par cet ensemble symptomatique, mais un examen attentif, l'interrogatoire précis de la malade, un traitement hygiénique approprié, mettront vite sur la voie du véritable diagnostic.

Nous signalerons également les lésions de la vulve provoquées chez les hystériques et qui peuvent, dans certains cas, induire en erreur.

Strassmann a communiqué un cas de ce genre en 1904 à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Berlin. Il s'agissait d'une malade chez qui on avait porté le diagnostic de tuberculide ou para-tuberculose vulvaire et qui avait été présentée à ce titre par Hollstein à la Société de Dermatologie de Berlin.

« Or, dans la suite, des doutes naquirent dans l'esprit de M. Strassmann sur la nature réelle de cette lésion et il en vint à croire qu'il s'agissait peut-être là d'une gangrène cutanée d'origine hystérique — la femme étant une hystérique avérée — ou même d'une lésion provoquée par la malade elle-même. Des recherches furent faites dans ce sens avec persévérance et on acquit alors la conviction que que ce dernier diagnostic était le vrai. La femme avoua qu'elle se frictionnait la vulve à l'aide d'une solution de chlorure de zinc qu'elle était parvenue à se procurer ; elle ajouta d'ailleurs qu'elle se faisait également des injections du même liquide dans le rectum. »

### 2° Les affections vénériennes syphiltiques

Ces affections peuvent être confondues avec le cancer à leurs trois périodes : primaire, secondaire et tertiaire.

*Le chancre induré* a des caractères assez nets. Il est formé par une saillie généralement arrondie, indurée, servant de piédestal à une ulcération toute superficielle, plutôt une exulcération, une érosion, très peu suintante, non douloureuse, et n'occasionnant pas de prurit. Il s'accompagne d'un engorgement ganglionnaire dans l'aine du côté correspondant au siège de la lésion. Mais cette adénite symptomatique se compose d'un ganglion prédominant par son volume et entouré de satellites : « le préfet de l'aine » de Ricord. Le chancre induré est le plus souvent unique, mais il n'est cependant pas absolument rare d'en observer plusieurs. Les autres accidents syphilitiques qui apparaissent bientôt : roséole, calvitie, céphalalgie nocturne, plaques muqueuses, viendront confirmer le diagnostic de syphilis, en même temps que le traitement anti-spécifique auquel on soumettra la malade, par son effet curatif, modifiera la lésion.

*Les plaques muqueuses ou syphilides* se subdivisent elles-mêmes en trois variétés qui peuvent être difficiles à distinguer du cancer.

α). — *Les syphilides papulo-érosives* forment de petites ulcérations qui se trouvent en plus ou moins

grand nombre sur la vulve. Elles ressemblent à de petites papules, c'est-à-dire sont supportées par un petit plateau arrondi des dimensions d'une lentille, mais pouvant atteindre la dimension considérable d'une pièce de un franc. Ils ont, d'après Billoir, l'aspect : « de petites pastilles collées sur les téguments ». Leur surface est érodée, humide, sécrétante « comme la peau qui a subi l'application d'un vésicatoire » (Pozzi). Leur évolution est rapide, éphémère, soumise à l'influence du traitement local et général spécifique, mais elles récidivent facilement ou plutôt se renouvellent si le traitement est négligé. Le traitement sert de pierre de touche, dans ces cas-là.

3). — *Les syphilides en nappe* résultent de la multiplication et de la confluence des syphilides papulo-érosives qui finissent par se fusionner et déterminer de larges plaques de plusieurs centimètres carrés, blindant la vulve, gagnant le périnée. Ces syphilides en nappe simulent assez bien l'infiltration néoplasique du derme de certains cancers vulvaires. Mais les nappes d'infiltration syphilitique sont moins rigides, moins coriaces, forment moins bloc que les nappes d'infiltration cancéreuse. De plus, sur ces nappes syphilitiques, on reconnaîtra assez facilement avec un œil un peu exercé, les caractères de la syphilide papuleuse érosive élémentaire.

Il faut aussi compter avec les commémoratifs, l'accident initial qui a pu être relevé, les autres accidents secondaires concomitants.

γ) *Les syphilides papulo-hypertrophiques* (Fournier) forment de gros amas de végétations, pouvant simuler la forme nodulaire végétante assez avancée du cancer, mais on y reconnaîtra les caractères spécifiques avec facilité, on recherchera les autres signes et on attendra les effets du traitement antisyphilitique.

Du reste l'état général est plus altéré dans le cancer vulvaire, lorsque celui-ci peut-être confondu avec ces lésions syphilitiques.

### 3° Les affections vénériennes non syphilitiques

Parmi celles-ci, nous comprenons : le chancre mou et les ulcérations blennorragiques chancriformes.

α) *Le chancre mou* ne doit pas faire hésiter longtemps le diagnostic avec le cancer.

En effet, il (le chancre) ne repose pas sur une surface ou sur un fond indurés et la peau périphérique est saine. L'ulcération, soit arrondie, soit ovalaire, se compose souvent de petites ulcérations secondaires à divers degrés d'évolution ; le chancre mou « vit en famille, entouré de ses rejetons » (Ricord), le fond de l'ulcération est grisâtre, suintant, pultacé.

Le chancre mou s'accompagne d'un bubon très souvent suppuré et qui ne ressemble guère à l'adénite cancéreuse.

Inutile d'ajouter qu'on observe le plus fréquem-

ment une gonococcie concomitante ; vaginite, urétrite, bartholinite, etc.

β) *Les ulcérations blennorragiques chancriformes* se présentent sous deux aspects :

Dans une première variété qui est banale et s'observe pendant la période aiguë de la blennorragie, on rencontre sur la muqueuse génitale des lésions érosives multiples, à contours irréguliers et de forme variable. Leur évolution dépend entièrement de la gonorrhée aiguë qui les a causées, et elle disparaissent quand celle-ci se guérit.

A côté de ces lésions, on en observe d'autres qui sont généralement l'apanage de la blennorragie chronique. Ce sont des ulcérations le plus souvent nettement arrondies, mais qui peuvent prendre l'aspect d'une fissure quand elles se développent au niveau d'un repli muqueux. Elles siègent de préférence, sinon exclusivement, au niveau des orifices des diverses organes de la région génito-urinaire ; méat urétral, col utérin, orifices des glandes de Bartholin, fourchette, marge de l'anus. Comme elles résultent de l'action locale, irritative et nécrosante du pus gonorrhéique, et que la persistance du processus blennorragique chronique est pour ainsi dire indéfinie, ces ulcérations ne manifestent aucune tendance à la disparition spontanée et persistent tant qu'on n'a pas obtenu la guérison de l'infection gonococcique primitive.

### 4° Les papillomes vulvaires

Dus à une hypertrophie des papilles du derme, ces papillomes sont fréquents à la vulve. Par leur aspect de choux-fleurs, de crêtes de coq, il peuvent égarer le diagnostic. Généralement, ces végétations s'accompagnent d'écoulements vaginaux, gonococciques ou non : elles s'effritent, saignent aisément et donnent un suintement parfois très fétide. Mais il n'y a pas de plan d'induration profonde ; l'évolution n'est pas la même ; il n'y a pas d'ulcération véritable avec des parties hypertrophiées et dures, pas d'apparence rongée et creusée, il y a simplement un ensemble d' « efflorescence madréporique ». (Dartigues.)

### 5° La tuberculose hypertrophique non ulcéreuse

Dans cette forme, fort bien décrite par X. Bender, le diagnostic est pour ainsi dire impossible. Les lésions n'ont vraiment rien de pathognomonique et la tuberculose peut revêtir le masque de toutes les néoplasies vulvaires. Dans l'observation publiée par Bender et Paul Petit, on avait pensé qu'il s'agissait d'un *éléphantiasis* de la vulve. Dans le cas de Pœverlein, on avait fait le diagnostic de sarcome. La biopsie ne peut fournir ici qu'un secours très aléatoire ; les granulations tuberculeuses sont si discrétement disséminées et, souvent aussi, si profondément situées, qu'il faudrait beaucoup de chances pour en

rencontrer dans le fragment excisé. Le plus souvent, le diagnostic ne pourra être établi qu'après l'opération, à la suite d'un examen histologique très complet des parties excisées.

### 6° L'esthiomène ou sclérème ano-vulvaire

Le diagnostic du cancer avec cette affection, est quelquefois très délicat et très difficile.

L'esthiomène est une inflammation hypertrophique des tissus vulvaires considérée, depuis Huguier, comme une affection tuberculeuse et rapprochée du lupus de la face dont elle revêt plusieurs aspects. L'esthiomène a été considéré par Verchère comme une inflammation chronique, ulcéro-hypertrophique de la vulve due à des irritations et à des infections diverses : affections vénériennes, tuberculose et même cancer.

Quoi qu'il en soit, l'esthiomène est plus rare que le cancer typique.

Au point de vue des signes physiques, l'ulcération présente des *contours* plus sinueux que dans le cancer, des contours en gradin, avec, par endroits, des promontoirs cicatriciels et des brides ; *le fond* des anfractuosités ulcéreuses est rosé ou jaune-rougeâtre, avec, par places, des plaquettes cicatricielles plus minces ; en somme, on a assez bien l'apparence du lupus tuberculeux de la face. Cette affection ulcéro-hypertrophique a une tendance à s'étendre en bas, vers le périnée, en dehors, vers les aines. La peau

avoisinante est souvent œdématiée et violacée. L'engorgement ganglionnaire au voisinage est nul ou peu marqué, à moins d'infection surajoutée à des plaies mal soignées.

L'adénite inguino-crurale est au contraire presque constante dans le cancer.

En tous cas, au point de vue de l'évolution, ce qui caractérise l'esthiomène, c'est sa marche lente, hésitante pour ainsi dire, avec des alternatives de destruction et de réparation, ce qui n'a pas lieu dans le cancer, où toute destruction de tissu est définitive et où l'évolution s'aggrave sans cesse.

Evidemment, il faudra chercher attentivement la cause probable de l'esthiomène et, si l'on peut éliminer la tuberculose et les affections vénériennes, l'on devra pencher vers le cancer, considérer l'esthiomène comme cancéreux, et se comporter, au point de vue du traitement, comme dans le cancer classique.

### 7° La leucoplasie vulvaire et le kraurosis vulvæ

La leucoplasie vulvaire a été particulièrement bien décrite dans ces derniers temps par F. Jayle et X. Bender. Nous empruntons les lignes qui vont suivre à ces auteurs.

« La leucoplasie vulvaire siège sur les petites lèvres, sur le clitoris et son capuchon et sur toute cette région de la vulve où la peau a un aspect plus muqueux que cutané et porte le nom, d'ailleurs anatomiquement impropre, de muqueuse vulvaire.

Les lésions sont caractérisées par l'existence de plaques irrégulières, blanchâtres, tirant tantôt sur le jaune et le gris, tantôt sur le blanc d'argent et la nacre. La plaque peut être unique, constituant parfois un placard recouvrant toute une petite lèvre et davantage; plus souvent on voit plusieurs plaques espacées qui peuvent être reliées par des sortes de bandes de leucoplasie; exceptionnellement et d'une manière passagère, comme s'il se faisait une poussée aiguë de leucokératose, toute la région peut être comme couverte d'un enduit blanchâtre sur lequel tranchent les plaques leucoplasiques.

*La plaque leucoplasique est toujours adhérente* ; elle ne s'enlève ni par les irrigations, ni par le frottage, ni par le grattage. Pour la faire disparaître, il faut sectionner les tissus jusqu'au derme.

Les plaques les plus récentes sont opalines et transparentes, la muqueuse n'est pas soulevée à leur niveau et semble avoir été touchée légèrement avec un crayon de nitrate d'argent. A une période plus avancée, on voit, disséminées sans ordre sur les muqueuses, des plaques de dimensions variées, semblables à des couches légères de craie ou de fromage blanc (Pichevin et Pettit). Les plaques anciennes sont argentéees et opaques, elles font une saillie parfois assez marquée, appréciable à la vue et au toucher ; leur surface est rugueuse et chagrinée, leur consistance dure et sèche. Autour de ces points, la muqueuse conserve ses caractères ordinaires et sa coloration normale. Quand les lésions sont très ac-

centuées, la vulve est épaissie dans son ensemble et les téguments ne présentent plus leur souplesse normale ; les plaques leucoplasiques apparaissent alors parcheminées, recouvertes de squames qui se laissent facilement détacher, ou bien sont sillonnées de fissures plus ou moins profondes. »

Comme le cancer de la vulve au début, la leucoplasie vulvaire s'accompagne de vives démangeaisons, de prurit et même de véritables douleurs quand les plaques sont ulcérées et les papilles mises à nu.

Mais un caractère différentiel, c'est l'évolution très lente de la leucoplasie qui peut persister des années.

Dans une communication faite au Congrès de Gynécologie, Obstétrique et Pédiâtrie d'Alger (avril 1907) Abadie expose, à propos d'une observation de leucoplasie vulvaire avec épithélioma du clitoris citée dans nos observations, comment il faut concevoir actuellement les rapports de la leucoplasie, du kraurosis et du cancer.

« *Kraurosis vulvaire* veut dire rétraction atrophique à la vulve. C'est tout. En cela se résume toute son originalité et cette originalité ne tient qu'à une chose ; son siège et la conformation spéciale de la région sur laquelle il porte. Quant à ses lésions histologiques, ce sont des lésions d'inflammation chronique aboutissant à la sclérose. Suivant ses formes anatomiques, on distingue le kraurosis blanc, le kraurosis inflammatoire ; suivant ses conditions étiologiques : le kraurosis syphilitique, le krauro-

sis post-opératoire, etc., résumant toutes les autres conditions étiologiques encore imprécises ou inconnues.

Donc le kraurosis s'explique et se résume en une inflammation parfois au stade aigu, presque toujours au stade chronique, de la région cutanéo-muqueuse de la vulve.

*La leucoplasie* présente une originalité plus marquée : elle a son aspect macroscopique spécial et des lésions histologiques surtout caractéristiques dans l'épiderme. Mais il faut bien mettre en évidence qu'il y a aussi des lésions du derme, de l'infiltration embryonnaire, du feutrage du derme, bref des lésions que nous pouvons considérer comme caractéristiques de l'inflammation chronique.

Mais alors, n'en est-il pas de même des lésions épidermiques ? Passons-les en revue.

1° *Hypertrophie de l'épiderme.* — Mais, quand une muqueuse est le siège d'une inflammation chronique, la réaction de l'épiderme ne se produit-elle pas de la sorte ?

Bien plus, dans certaines muqueuses, celle de l'uretère par exemple, il y a transformation du type épithélial primitif en épithélium pavimenteux stratifié ; nous le trouvons dans les métrites chroniques, etc.

2° *Autre caractère, la présence de l'éléidine.* — Elle est fonction du degré de protection que le revêtement doit réaliser ou des traumatismes auxquels il est exposé ; elle existe dans la peau des téguments ordinaires ; elle existe dans une muqueuse vulvaire

enflammée, siège de frottements ou de grattages : par contre, elle n'existe pas dans la leucoplasie du vagin, pas dans la leucoplasie endo-utérine (de même que l'éléidine n'apparaît pas dans le revêtement pavimenteux stratifié d'une urétrite chronique).

Nous dirons donc :

Quand une inflammation chronique (syphilitique ou post-métritique ou de nature inconnue) porte sur la région vulvaire, elle détermine à la fois une réaction épidermique et sous-épidermique.

*La réaction épidermique* détermine une augmentation d'épaisseur de l'épiderme, une acanthose, de la kératinisation et, dans les régions exposées à l'air ou à des atteintes extérieures plus importantes, la formation d'une couche à éléidine très marquée. Dans un cas comme dans l'autre, il existe un état moléculaire spécial du protoplasma cellulaire qui, même en l'absence d'éléidine, détermine l'aspect leucoplasique.

*La réaction dermique* entraîne, ou bien des lésions hypertrophiantes (dont notre cas présente un exemple frappant au niveau du clitoris), ou bien, et le plus souvent, des lésions de sclérose et d'atrophie qui, par suite de la disposition orificielle et labiée de la région vulvaire, réalise un syndrome appelé jusqu'à ce jour : kraurosis vulvæ.

Enfin, les lésions ainsi causées par une inflammation chronique, peuvent à la vulve, comme dans bien d'autres régions de l'organisme (ulcéro-cancer de l'estomac, cancer lupique de la face, plus récem-

ment, cancer de l'appendice iléo-cæcal développé au niveau des brides inflammatoires anciennes, etc.) être suivies de transformation cancéreuse, auquel cas, l'éléidinisation s'efface, l'hyperkératinisation augmente, et la région correspondante au stratum granulosum pousse dans la profondeur des boyaux épithéliaux.

Quant à savoir à quel moment et pourquoi la leucoplasie ou le kraurosis se compliquent de cancer, il nous est impossible de l'établir avant d'être édifié sur les conditions étiologiques précises et la nature même du cancer. »

En résumé, leucoplasie vulvaire, kraurosis vulvaire se distinguent en ce qu'ils constituent les appellations de deux syndromes différents ; par cela seul, il ne saurait être question de les opposer l'un à l'autre. Et leur nature, encore imprécise, s'éclaire cependant d'une pathogénie commune, *ils relèvent tous deux d'une inflammation chronique.*

Disons en terminant ce chapitre du diagnostic qu'il sera de la plus haute importance de prélever un fragment par biopsie, soit au niveau d'une plaque de leucoplasie vulvaire, soit au niveau d'une ulcération, afin d'être renseigné le mieux et le plus vite possible sur l'histologie pathologique de la lésion.

Comme nous allons le voir dans le traitement, les armes thérapeutiques que nous avons à notre disposition, attaquent, prennent l'offensive au début, et défendent de face avec quelques chances de victoire. Plus tard, à la période ultime, elles abritent à peine

la retraite, insuffisantes qu'elles sont devant l'ennemi qui grandit.

### Pronostic

La marche des cancers vulvaires est rapide.

On a signalé des cas où l'évolution aurait duré dix et vingt ans et même où la tumeur cancéreuse se serait cicatrisée (!) (Cornil).

La durée moyenne de l'affection est de deux à trois ans.

Le pronostic est donc grave. La récidive se fait soit localement, soit au niveau des zones ganglionnaires si celles-ci n'ont pas été enlevées. Elle peut être assez tardive. Cependant, sans signaler des cas exceptionnels, nous voyons que dans la plupart des observations (XV et XVI), cette récidive s'est produite dans les ganglions du même côté, sept mois et dix-sept mois après l'opération.

## TRAITEMENT

Nous lisons dans la préface du « *Cancer* », fort belle monographie du Dr Sobre-Casas, les lignes suivantes :

« L'humanité, quelle que soit l'époque que l'on considère, a toujours été victime du cancer, et les moyens mis en œuvre contre lui, n'ont pas suffi à en détourner les funestes effets. De nos jours, grâce aux puissants procédés d'investigation dont nous disposons, nous avons fait un grand pas en avant, et si nous ne pouvons offrir la réalisation de nos désirs, du moins avons-nous les résultats opératoires que certains chirurgiens se plaisent d'exposer dans leurs nombreuses statistiques. »

Le traitement chirurgical est en effet celui qui, à l'heure actuelle, offre le plus de partisans ; et les procédés thérapeutiques nombreux qui font son cortège déjà si brillant, plus brillant encore, ne sont que des adjuvants très timides qui grandissent sa puissance en concentrant vers lui des milliers d'énergies...

Noblesse oblige, nous commencerons donc par l'étude du traitement chirurgical du cancer de la vulve, pour terminer ensuite par celle du traitement médical si varié.

## I. — Traitement chirurgical

Il sera curatif ou palliatif.

*Curatif*, par l'exérèse aussi large que possible du processus néoplasique.

*Palliatif*, par le regain d'espoir qu'il donnera au malade, en supprimant momentanément des douleurs intolérables.

### A. — Traitement chirurgical curatif

1° Indications opératoires. — Plusieurs cas peuvent se présenter :

*a*) Cas de cancers limités.

*b*) Cas de cancers étendus, mais anatomiquement opérables.

*c*) Cas où l'envahissement ganglionnaire est cliniquement démontré ; si l'état général de la malade le permet, il ne faudra pas hésiter à faire même de grands délabrements qui, aseptiquement conduits, seront moins nuisibles que l'expectative.

2° Interventions opératoires. — Dans son *Précis de manuel opératoire*, Farabeuf dit cette phrase, à propos des opérations non classiques, c'est-à-dire de celles qu'on exécute tous les jours, alors que les opérations dites classiques ne se font pour ainsi dire jamais : « Qu'y a-t-il à apprendre sur le cadavre pour de telles opérations à qui sait l'anatomie? »

Le schéma opératoire que nous allons indiquer, sera donc modifiable au gré de l'opérateur et des circonstances.

3° Soins préliminaires. — D'une façon générale, la malade sera quelques jours avant couchée. On lui fera prendre matin et soir une injection vaginale chaude de 2 litres d'eau bouillie, dans laquelle on ajoutera avec avantage soit 30 grammes d'eau oxygénée, soit un paquet de 50 centigrammes de permanganate de potasse.

La veille de l'intervention, la malade sera purgée, et on aura soin, après un brossage méthodique extérieur fait au moyen de savon liquide, et prolongé pendant dix minutes, on aura soin, disons-nous, de recouvrir la vulve d'un pansement humide à l'eau bouillie jusqu'au moment de l'opération. Ceci bien entendu, s'applique aux cas de sarcome ou de néoplasme non ulcérés, et à ceux dont l'ulcération est petite, limitée et non bourgeonnante.

Au contraire, dans les cas de cancers de la vulve ulcérés, fongueux, végétants, donnant issue à un écoulement fétide, ou saignant facilement, on procédera avant l'exérèse totale à la désinfection du champ opératoire par une opération préliminaire et indispensable.

Voici en quelques lignes les grands traits de cette intervention :

Après anesthésie, la malade sera mise en position gynécologique. Un aide, muni de gants, aura mission de savonner le plus convenablement possible la

région ulcérée au moyen d'une brosse douce stérilisée et en allant naturellement de la superficie au centre. Ceci fait, un lavage extérieur à l'eau bouillie chaude enlèvera l'excès de savon.

Si ce savonnage est effectué suffisamment longtemps et bien, il sera absolument inutile de multiplier ensuite les antiseptiques alcool, éther, permanganate de potasse qui ne font qu'irriter la peau environnante et n'ont aucun effet de plus.

Les parties voisines seront recouvertes de nombreux champs stérilisés, en se souvenant que l'on ne doit pas voir un centimètre de peau, et l'on procédera au curettage des fongosités, suivi de cautérisation superficielle au thermocautère de la surface cruentée. Puis, on garnira la cavité de mèches stérilisées et les jours suivants ces mèches seront remplacées quotidiennement jusqu'à détersion complète du néoplasme. On pourra dès lors procéder ensuite à une opération radicale avec grandes chances de réussite.

4° Techniques opératoires. — La technique opératoire sera, comme nous le disions plus haut, modifiée suivant le siège du cancer. Toutefois dans chacune de ces interventions, le premier temps sera toujours le même à savoir : *extirpation des ganglions inguinaux et inguinaux-cruraux.*

Cette extirpation sera donc *systématique ;* elle sera de plus *primitive*, *complète, bilatérale*, dans les cas de cancers haut situés (cancers clitoridiens ou juxta-

clitoridiens, cancer péri-urétral de Pozzi) *unilatérale*, dans les cas de cancers bas situés.

Ceci est conforme à l'anatomie des lymphatiques de la vulve ; mais il est évident que la méthode ne doit pas sembler exclusive, car il faut compter sur les anomalies. On a vu par exemple des cancers de la grande lèvre gauche dont la récidive s'est faite dans les ganglions de l'aine droite. Mais la majorité des cas ne se passe pas ainsi et il est nécessaire de limiter les choses pour ne pas en arriver à proposer une adénoectomie bilatérale, toujours et une fois pour toutes, pour le cas où la récidive ganglionnaire serait de forme exceptionnelle.

Il est certain que l'exérèse ganglionnaire ne sera pas toujours très aisée dans cette région, mais n'arrive-t-il pas entre autres dans les cancers du sein diagnostiqués cliniquement et histologiquement et n'ayant pas encore envahi les ganglions de l'aisselle, de faire malgré cela le curage de l'aisselle le plus complet, en enlevant tout le tissu cellulaire de cette région, avec l'espoir que les ganglions souvent microscopiques seront compris dans l'éxérèse. Dans le cancer de la vulve, il pourra en être ainsi et, avec des connaissances anatomiques précises, on trouvera à n'en pas douter les principaux ganglions, inguinaux superficiels, cruraux (ganglion de Cloquet) qui, dans la suite, n'auront plus à signaler leur présence par une hypertrophie en masse s'offrant elle-même au bistouri.

L'incision la plus commode à n'en pas douter dans

cette adénoectomie, sera celle décrite par Mauclaire dans la *Tribune médicale* en 1903. Incision triangulaire à sommet externe et base interne, parallèle dans sa direction au pli de l'aine.

Cette incision donnera un grand jour et ne nécessitera pas de débridement vertical. Au point de vue de sa réunion, on aura grand soin de bien affronter les bords de la peau qui, dans cette région tout spécialement, ont tendance à se recroqueviller en dedans dans tous les cas où cette peau est incisée parallèlement au pli de l'aine.

L'exérèse ganglionnaire une fois pratiquée, on suturera la plaie au crin de Florence, et on procédera à l'extirpation proprement dite du cancer.

Voyons suivant les cas les différentes techniques.

a) *Cancer de la grande lèvre.* — Incision en raquette ou ovalaire dans l'axe de la grande lèvre, incision largement éloignée des limites du néoplasme; puis on dissèque la portion ainsi limitée. Il ne faut pas craindre d'aller profondément et d'enlever le sac dartoïque plein de graisse sous-jacent. On fait l'hémostase nécessaire et on rapproche les bords de la plaie opératoire par une série de points de suture aux crins de Florence.

On peut encore, comme le fit Dartigues dans un cas de mélano-sarcome de la grande lèvre, pédiculiser le néoplasme par une bande de tissu sain comprise entre les mors d'une longue pince courbe : préalablement à la section, on passe les fils et, consécutivement, on les noue après avoir desserré les

mors de la pince. L'hémostase est parfaite et l'intervention très rapidement menée ; mais il faut pour cela une peau avoisinante très souple.

b) *Cancer clitoridien ou clitori-nymphéal.* — On fait une incision d'ensemble en demi-cercle qui suit, en dehors de la grande lèvre, le sillon génito-crural et va profondément jusqu'à l'aponévrose des adducteurs de la cuisse à leur racine ; incision qui, en avant, se recourbe au-dessus du corps du clitoris, coupant transversalement son ligament suspenseur et va au contact du revêtement antérieur fibro-tendineux de la symphyse pubienne ; puis l'incision redescend sur l'autre flanc du clitoris en suivant une direction parallèle à sa direction initiale et allant rejoindre le sillon génito-crural opposé.

On tire alors de haut en bas, sur le corps du clitoris, le ligament suspenseur étant sectionné ; les racines clitoridiennes n'étant pas très adhérentes, se laissent facilement décoller. Pour faciliter cet abaissement, il suffit de sectionner entre deux pinces, un petit faisceau vasculo-nerveux médian, qui de l'arc sous-symphysien va à l'angle de bifurcation du clitoris. Ce faisceau est composé des artères clitoridiennes, des veines dorsales satellites, de la veine dorsale médiane profonde, et des nerfs qui vont ramper ensuite sur la face dorsale du clitoris. Plus loin, on sectionne le méso-vestibulo-clitoridien, en rasant la face postéro-inférieure du clitoris.

Latéralement, on décolle complètement les racines

du clitoris, le long de leur adhérence à la branche ischio-pubienne.

Il faut s'attendre, dans cette dissection, à avoir une hémorragie surtout veineuse, par suite du passage de celles-ci à travers des plans aponévrotiques sous-tenseurs.

On suture ensuite la peau, en la ramenant au contact de la muqueuse vulvo-vaginale.

Si l'hémostase est parfaite, il est inutile de drainer.

γ) *Cancer péri-urétral.* — L'incision sera conduite dans son ensemble comme la précédente.

Point particulier : on s'aidera d'une sonde introduite dans le canal pour la dissection de l'urètre et on sera quelquefois dans la nécessité de poursuivre le néoplasme jusqu'au col de la vessie (Pozzi).

Il sera important, dans ce cas, de restaurer le méat urinaire par l'affrontement exact des muqueuses urétrale et vulvaire.

5° Soins consécutifs. — Les pansements seront faits aseptiquement. Des lavages de vessie peu abondants (100 grammes) seront pratiqués journellement avec de l'eau boriquée tiède, afin de prévenir la cystite due à l'irritation causée par la sonde et aussi d'éviter les concrétions calcaires au niveau de cette sonde.

Le drain, s'il y en a, sera retiré quarante-huit heures au plus tard après l'opération.

Les cuisses de la malade seront rapprochées et

maintenues ainsi, pour supprimer tout tiraillement au niveau de la plaie.

On enlèvera les fils au dixième jour, et, à partir de ce moment, la malade aura deux injections vaginales par jour.

En même temps, la sonde à demeure sera supprimée et chaque miction suivie d'un léger lavage au moyen d'un tampon imbibé d'une solution faible de sublimé.

### B. — Traitement chirurgical palliatif

1° Indications opératoires. — Les mesures chirurgicales palliatives seront prises dans le cas où l'état cachectique de la malade ne lui permettrait pas de supporter une opération importante, dans le cas où il y aurait coïncidence de grossesse et où, par une opération laborieuse et sanglante, on compromettrait la vie du fœtus ou bien on aggraverait un état déjà précaire, dans le cas enfin où le néoplasme est trop étendu en surface et en profondeur, et donne lieu à des symptômes fonctionnels intolérables, surtout la douleur.

2° Intervention opératoire. — α) *Procédé de Kraske.* — Ce procédé consiste à recouvrir avec la peau saine environnante les surfaces ulcérées inopérables. On curette superficiellement le cancer, on le désinfecte le plus possible, on l'aplanit en le détergeant, puis on décolle la peau environnante à partir des bords

de l'ulcération et on la fait glisser de façon à recouvrir la surface avivée par la curette.

Ce n'est là malheureusement qu'un cache-misère de durée minime.

β) *Cautérisation profonde.* — On l'emploiera si la malade est trop âgée ou trop cachectisée pour supporter un traumatisme important ou une perte de sang un peu abondante.

Cette cautérisation sera faite au thermocautère.

Les résultats post-opératoires sont bons dans la généralité des cas. Au point de vue symptomatique, on obtient un soulagement réel et prolongé, suivant l'opinion de M. le professeur Pozzi, surtout dans les cas d'hémorragie.

γ) *Ligatures atrophiantes.* — Ce procédé très ancien (1729) a été tenté dans ces derniers temps et avec d'autant plus de succès que l'asepsie est plus parfaite. On diminue ainsi l'accroissement progressif de la tumeur.

δ) *Section des nerfs principaux.* — Dans certains cas où les symptômes douloureux sont extrêmement pénibles, où l'existence est devenue une véritable torture, on pourrait essayer de sectionner les nerfs honteux internes.

Déjà en 1891, Faure proposa de supprimer la douleur chez certaines femmes atteintes de cancer de l'utérus par « la section des racines postérieures de la moelle au niveau du renflement lombaire, de manière à détruire les racines postérieures des plexus

lombaire et sacré pour anesthésier les membres inférieurs, les fesses et le bassin » (Récamier).

En 1901, Jaboulay propose dans le même but de détruire les ganglions sympathiques sacrés, et certains filets nerveux les réunissant au plexus rectal et supprime ainsi la douleur.

ε) *La dilatation de l'anus.*— L'opération de Poncet n'a été tentée que dans les cas de cancers utérins très douloureux. Gauber a obtenu chez deux malades, par ce procédé, d'excellents résultats, et Récamier, a publié deux observations personnelles suivies d'un égal succès.

Peut-être cette intervention pourrait-elle diminuer la douleur dans les cas de cancers vulvaires intolérables.

— Avant de terminer le traitement chirurgical des cancers de la vulve, nous dirons un mot de la conduite à tenir chez les femmes enceintes.

*Pendant la grossesse*, si le cancer est limité et facilement extirpable, on sera autorisé à l'enlever. Dans le cas contraire, on laissera se poursuivre la gestation en la surveillant.

*Pendant l'accouchement*, on utilisera le forceps avec grand soin. Si la dystocie est invincible, on pratiquera soit l'embryotomie sur l'enfant mort, soit l'opération césarienne si l'enfant est vivant.

## TRAITEMENT MÉDICAL

Le traitement médical des cancers de la vulve est destiné à compléter l'efficacité des opérations curatives ou palliatives. Il peut, dans certains cas, retarder l'apparition des récidives. Mais, trop souvent hélas ! il reste le seul moyen palliatif qui soit à notre disposition pour calmer des douleurs intolérables, pour adoucir les affres agoniques des malheureuses incurables.

Le traitement médical peut être local ou général. De là deux subdivisions que nous allons successivement envisager.

### A. — Traitement médical local

Cette forme de traitement comprend toute la série des agents physiques et chimiques modificateurs qui, dans ces dernières années, ont pris une place importante dans la thérapeutique du cancer.

Ces agents seront ici à la fois curatifs et palliatifs.

α) *Curatifs*, par les modifications chimiques ou physiques qu'ils détermineront localement, modifications qui pourront aboutir, dans des conditions

données, soit à une destruction complète de la masse néoplasique (faradisation, cautérisation ignée...); soit à une réaction locale intense, complémentaire du traitement chirurgical.

β) *Palliatifs*, par la cédation ou la diminution du suintement ichoreux et fétide (antiseptiques) ; de l'érythème de la zone génitale et de la face interne des cuisses (poudres absorbantes) ; du prurit (anesthésiques-radiothérapie... ) ; de la douleur enfin si violente et si rebelle, dont la chirurgie palliative n'aura pu calmer les accents impérieux.

Etudions ces différents procédés.

## I. — *Traitement par les agents physiques*

1° *Faradisation ou fulguration. (Méthode de Keating-Hart.)* — Sous le nom de fulguration, le professeur Pozzi entend : l'application au traitement des tumeurs malignes, d'étincelles produites par des courants électriques de haute tension et de haute fréquence.

Bordier de Lyon emploie des étincelles électriques de haute fréquence qui sont très efficaces, n'exigent que des séances ne dépassant pas une minute et sont à peu près indolores (Thomas).

La méthode de Keating-Hart a fait l'objet d'une communication de l'auteur au Congrès de Milan (1906).

Voici les principaux passages de cette communication :

« L'idée d'employer l'étincelle de haute fréquence contre les cancroïdes appartient, je crois, à Rivière de Paris ;... les résultats en sont admirables... mais il ne s'agit là que de néoplasmes superficiels. L'étincelle employée est de quelques millimètres et la durée d'application très courte... On s'arrête d'agir quand l'eschare voulue est produite... Le but que je poursuis est non pas l'escharification plus ou moins profonde des tissus malsains, mais leur *sidération*, et la dose nécessaire pour y parvenir est telle, que seule, l'anesthésie générale permet de la supporter. C'est, selon les cas, pendant vingt, trente, quarante minutes et même davantage, que je fais tomber sur les masses néoplasiques des étincelles non point de quelques millimètres, mais bien de plusieurs centimètres, produites par des appareils puissants et un interrupteur de grande vitesse... l'effet le plus remarquable est l'affaiblissement, l'aplatissement, le ramollissement intime de la tumeur et c'est là ce que j'appelle la sidération.

... Cette action se manifeste aussi sur les éléments rétractils de certains néoplasmes, spécialement sur les cicatrices dures et hypertrophiées des récidives post-opératoires que l'on voit sous l'étincelle s'aplatir et s'effacer rapidement...

Un effet remarquable, et que *je n'ai jamais vu manquer*, est l'hémostase radicale obtenue dans les cancers ulcérés... » (de Keating-Hart).

En somme, on peut obtenir des améliorations symptomatiques avec la fulguration, et M. le professeur

Pozzi en a formulé les résultats dans une communication retentissante au Congrès Français de Chirurgie de 1907 :

« La fulguration, dit-il, est un procédé plus rapide que la radiothérapie et, son action thérapeutique, comparée à celle de cette dernière, est ce que la clinique chirurgicale est à la clinique médicale. »

Au même Congrès, le Dr Doyen se fait également l'écho de l'action bienfaisante des étincelles électriques.

« Les étincelles de haute fréquence ne sont d'ailleurs pas les seules étincelles qui peuvent être employées localement pour la destruction des tissus cancéreux. On peut employer d'autres étincelles beaucoup plus puissantes, soit en fermant sur le malade le circuit d'une bobine de rayons X, soit en employant la combinaison du circuit primaire et du circuit terminal du résonnateur de Oudin. On obtient ainsi des étincelles beaucoup plus puissantes et plus actives que les étincelles de haute fréquence ; mais l'emploi de ces étincelles puissantes exige l'emploi de l'anesthésie générale. »

2° *Radiothérapie.* — Depuis la découverte de Rœntgen en 1896, les rayons X employés par différents auteurs, à l'étranger surtout, ont acquis droit de cité dans la thérapeutique anti-néoplasique.

En France, à partir de 1903, Tuffier reconnaît, ainsi que Leredde et Béclère, l'amélioration que cet agent physique apporte dans l'évolution des tumeurs

malignes et, spécialement, dans celles du tégument externe, où il agit comme un caustique.

Depuis, les résultats publiés sont en nombre considérable.

La statistique de Dumont concerne 370 malades atteints d'épithéliome, et, chez lesquels, après le traitement on observa 320 guérisons et 50 améliorations.

Béclère soutient au Congrès de Chirurgie que les tumeurs cutanées, quel que soit leur type histologique, et pourvu qu'elles n'aient pas envahi les tissus voisins, sont toujours guéries radicalement.

Dans la forme *ulcus rodens*, on obtient avec les secours de la chirurgie des succès complets.

Pour ce même auteur, les dégénérescences sarcomateuses se montrent plus sensibles à la radiothérapie que les cellules épithéliomateuses.

Imbert et Dupeyrac signalent 100 0/0 de guérisons définitives dans les épithéliomas cutanés.

Cependant cette méthode n'est pas sans offrir des inconvénients et des dangers qui en font, comme le dit Béclère, « une arme à deux tranchants qui guérit, mais qui peut blesser. »

Le tout est de savoir doser ces rayons, qui, en tous cas, sont un précieux auxiliaire entre autres comme palliatifs, si ce n'est curatifs, dans le prurit intense que provoque la plupart du temps l'épithélioma de la vulve.

L'observation, citée plus loin, des Drs Dartigues et L.-A.-E. Thomas en est une preuve évidente.

3. *Radiumthérapie.* — Le radium, découvert par

M. et Mme Curie, possède la rare propriété d'émettre des rayons d'action physiologique égale à ceux issus d'une ampoule de Rœntgen, et d'être une source inépuisable de chaleur.

Les cas de dégénérescences malignes traitées par l'action des rayons du radium et les résultats obtenus sont cités dans les travaux de Gussembauer, Exner, Perugia, Davison, Lassar, etc.

Les observateurs français n'ont pas obtenu de résultats satisfaisants de leur emploi. Dans tous les cas, ce qui a trait à l'action curative du radium est encore à démontrer à l'heure actuelle.

4° *Réfrigération. — Glaçage* (Méthode de Keating-Hart). — Dans une communication récente (Marseille, 1908) de de Keating-Hart sur l'importance de la réfrigération sur le développement des tumeurs malignes, nous voyons que ce procédé est basé sur l'observation de 40 cas différents avec les résultats suivants :

« 1° Les applications glacées, de quelque façon qu'elles soient faites, n'ont rien de pénible pour les patientes, sauf en de rares exceptions : tel est le cas de cette malade atteinte d'adénite cancéreuse de la région inguinale, et chez qui le contact de la glace avec l'abdomen, détermina plusieurs fois des débâcles intestinales.

« Parfois aussi, des névralgies plus ou moins lointaines se sont réveillées sous l'influence du froid. Ces effets sont rares ;

« 2° Les parties soumises à la réfrigération, même

longtemps maintenue, ne m'ont pas paru avoir de tendance au sphacèle, à la condition qu'elles ne subissent pas de compression exagérée ;

« 3° L'effet le plus constant obtenu par la réfrigération, est la diminution et le plus souvent la *disparition totale des douleurs*, disparition se prolongeant parfois plusieurs heures après la cessation du refroidissement ;

« 4° Sur les tumeurs superficielles bourgeonnantes ou ulcérées, j'ai pu remarquer l'*affaissement des parties turgescentes*, la disparition de la coloration lie de vin, de l'odeur nauséabonde, la diminution du suintement, etc... Certaines indurations se sont ramollies au point d'en devenir fluctuantes ; *plusieurs néoplasmes ont sensiblement diminué de volume ;*

« 5° L'évolution des tumeurs semble se ralentir : certaines régressent légèrement, ce qui semble bien démontrer l'action d'arrêt ou de retard exercée par la glace sur la progression du mal ;

« 6° Si toute la tumeur n'est pas soumise à l'action du froid, pendant que la partie réfrigérée évolue moins vite ou cesse de se développer, l'autre continue à progresser comme auparavant. »

M. de Keating-Hart donne plus loin les deux règles suivantes :

« *a*) Les limites des néoplasmes doivent, autant que possible, être dépassées de tous côtés et largement par la zone d'action réfrigérante ;

« *b*) L'intensité et la continuité de la réfrigération

doivent être proportionnées à la masse du néoplasme et à sa rapidité d'évolution. »

Les paragraphes 3 et 4 sont particulièrement intéressants dans les cas de cancer de la vulve avec adénite inguinale douloureuse.

5° *Congélation. Action de l'air liquide.* — Le but de cette méthode est de produire un abaissement de température jusqu'au-dessous de 0 degré centigrade et, par ce moyen d'obtenir une mortification des tissus soumis à l'action du froid. Le chlorure d'éthyle, pur ou mélangé au chlorure de méthyle, peut remplir ce but.

Non encore employé dans les cancers de la vulve, ce procédé n'a donné de résultats entre les mains d'Howitz qu'associé au curettage.

6° *Photothérapie et héliothérapie.* — Finsen utilise les rayons chimiques du spectre, c'est-à-dire les rayons violets et ultra-violets comme moyen thérapeutique contre les épithéliomas. Il se sert pour cela de la lumière produite par un arc voltaïque ; mais, comme ce procédé est coûteux et difficile à employer couramment, Foveau de Courmelles l'a modifié. (Première simplification de Finsen. Académie des Sciences, 24 mai 1900. Présentation de M. Lippmann).

1° L'auteur rejette l'emploi de la photothérapie proprement dite et emploie la compression avec un radiateur chimique de son invention, ce qui lui a donné de bons résultats ;

2° La lumière bleue, dont l'action sédative a été

démontrée de façon générale dès 1890, arrête l'évolution des épithéliomes superficiels et supprime les démangeaisons quand elles existent.

L'auteur emploie pour cela la lumière bleue avec réflecteur parabolique, lampe de cinquante bougies et faisceau de lumière parallèle sur la région ;

3° Foveau de Courmelles emploie de préférence les rayons X, qui n'obligent même pas la malade à se découvrir, et qui, avec une plaque d'aluminium spéciale, construite d'après les indications de l'auteur, et bien reliée au sol, ne donnent jamais de brulûres, ni d'accidents.

Enfin Hirschberg mentionne la guérison d'un épithélioma obtenue par l'exposition prolongée aux rayons solaires. Mais, en dépit de ce résultat favorable, nous devons convenir que ces moyens thérapeutiques sont inférieurs à un autre quelconque.

### II. — *Traitement par les agents chimiques modificateurs*

Nous citerons à titre documentaire et avec un mot sur chacun, les principaux agents chimiques modificateurs qui, sans être spéciaux au traitement du cancer de la vulve, ont été employés indistinctement sur les tissus cancéreux comme caustiques ou modificateurs de leur évolution, et, partant, peuvent trouver leurs indications dans certains cas d'épithéliomas vulvaires, soit à titre palliatif, soit à titre curatif.

Cependant, il est bon d'ajouter qu'ils sont de plus en plus abandonnés et cèdent le pas soit aux agents physiques, soit au traitement chirurgical proprement dit.

#### α) Agents chimiques caustiques

1° *Carbure de calcium.* — Son action thérapeutique sur les tumeurs malignes a été mise en évidence pour la première fois par Guinard, Lucas-Championnière, Livet, Colley, Giannelli, Grusdew, etc.

Son action physiologique est basée sur la propriété qu'il possède d'être avide d'eau et de dégager de l'acétylène, inoffensif pour l'organisme d'après Berthelot. Les résultats que l'on obtient de son application sur les tissus cancéreux seraient : l'asepsie, l'hémostase, l'anesthésie et, selon Etheridge, une action spécifique destructive de la cellule dégénérée.

2° *Ammoniol.* — Mélange de sulfate de cuivre ammoniacal, d'acétate de plomb cristallisé et de chlorure de sodium. Moreau dilue 5 grammes de ce mélange dans 100 grammes d'eau additionnée de teinture d'eucalyptus, de teinture de thuya et de menthol.

Il fait ainsi des applications de compresses imbibées d'ammoniol.

3° *Arsenic et acide arsénieux.* — Le traitement arsenical employé à l'extérieur par Fuchs en 1594 ; à l'intérieur par Lefébure en 1775, a joui d'une grande vogue pendant un certain temps. Nombreuses sont

les préparations de ce genre : les poudres de Frère Côme, de Rousselot, de Dubois, de Dupuis, de Cazenave, du Codex de 1837, les caustiques de Plumkett, de Justamond et de Manec.

Cette dernière méthode fut illustrée par Laboulbène, qui disait : « l'avantage de cette pâte arsenicale est considérable, car son action est véritablement élective ; elle ne s'exerce que sur les tissus malades ; elle respecte les tissus sains ».

En 1896, Czerny et Trunecek tentent des applications d'acide arsénieux en solutions hydro-alcooliques, au moyen de badigeonnages. Jaboulay concentre la solution et note également de bons résultats ; mais, comme l'action caustique provoque une douleur intense, Ginestous eut l'idée d'associer l'orthoforme qui rend l'application indolore.

4° *Alcool*. — Schultz combine les injections d'alcool (au nombre de 15 environ) autour de la tumeur avec le curettage et la cautérisation ignée ; il prétend observer en peu de temps la diminution des douleurs, la disparition de l'odeur nauséabonde et de l'ichor.

5° *Acides phénique*, *nitrique*, *osmique*, *chromique*, *picrique*, *lactique, acétique*, *citrique et salicylique*. — Certains de ces agents sont employés à proprement parler comme caustiques (acides chromique, lactique, nitrique, salicylique) ; d'autres comme désinfectants en solutions (acide phénique, etc.).

6° *Brome*, *phosphore*, *nitrate d'argent*, *caustique de Vienne*, *chlorure de zinc*, *jéquirity*. — « Le phos-

phore blanc, avide d'oxygène, dessèche les parties avec lesquelles il est en contact et les brûle. Les effets sur les épithéliums et les parenchymes se résument en une nécrobiose. » (Arnozan).

Le maniement de cet agent doit être fait avec une extrême prudence, à cause de sa grande toxicité.

Le chlorure de zinc est « sclérogène, antiseptique et désinfectant ; sous son influence, on observe la fixation des éléments anatomiques, l'oblitération des capillaires, et l'irritation inflammatoire des parois vasculaires » (Pouchet).

Il peut donner lieu toutefois à des accidents, et M. le professeur Pozzi rapporte qu'il a opéré trois femmes victimes d'accidents dus à l'emploi du chlorure de zinc.

Routh dit avoir employé le brome associé à l'acide phénique et à l'alcool dans le traitement du cancer, et avec de bons résultats.

Le nitrate d'argent n'a donné aucun résultat entre les mains de Billroth et de Thiersch qui ont tenté son emploi.

Le jéquirity a été préconisé par Rampoldi de Pavie dans le traitement des tumeurs externes, dans la proportion de 3 à 5 o/o en application locale. Préalablement, on doit laver la région avec un mélange de glycérine et de tanin.

#### β) Agents chimiques modificateurs

1° *Quinine.* — L'action physiologique de la quinine dans le traitement du cancer est basée, d'après

Jaboulay, sur la propriété qu'elle possède d'émettre des rayons violets et ultra-violets : ceux-ci sont impropres à maintenir la vie du parasite qui a besoin de la lumière rouge. Il lui reconnaît également une action spéciale sur un élément constitutif de la tumeur, le glycogène, en évitant sa production. Les ulcérations de certaines tumeurs proviendraient, d'après la conception de Jaboulay, de l'action prolongée de l'acide formique, issu des transformations successives du glycogène de la cellule sous l'influence des fermentations qui s'y passent. La quinine empêche la formation d'un ferment sécrété par le parasite et doué de la propriété de liquéfier les albuminoïdes, fait important qui expliquerait les améliorations symptomatiques que l'on observe chez les cancéreux soumis au traitement quinique.

La quinine à ce titre serait mieux placée dans le chapitre du traitement médical général.

2° *Adrénaline. Aniline et bleu de méthylène.* — L'adrénaline a été employée sous forme de topique, comme vaso-constricteur dans les cas de cancer hémorragique.

Moorhof se sert de l'aniline, après curettage du néoplasme, sous forme de topique ou de pommade.

Darrier emploie le bleu de méthylène associé à l'acide chromique.

Reclus, Richelot et Le Dentu repoussent cet agent thérapeutique.

3° *Chlorate de soude.* — Le chlorate de soude a

été employé par Gaucher dans les tumeurs superficielles préalablement cautérisées.

4° *Bichlorure de mercure.* — Le bichlorure de mercure est avantageux dans les cas d'épiothéliomas infectés, à doses étendues, à titre d'antiseptique.

5° *Formaline. Mirmol.* — La formaline a été introduite par Boyer dans la thérapeutique anti-cancéreuse, en solution à 2 o/o qu'on utilise comme topique ou en compresses. Son action un peu caustique, amène la mortification du néoplasme et son élimination. Daniel a employé ce médicament en solutions plus concentrées, et il affirme que dans tous les cas traités par lui, il a obtenu la nécrose de la tumeur et son élimination rapide.

Le mirmol est un mélange de formaline et d'acide phénique ; et, son action physiologique se révèle comme désinfectante, analgésique et mortifiante pour les cellules dégénérées.

6° *Solutions sodiques. Levure de bière. Sulfure de carbone. Eau oxygénée.* — Les solutions sodiques, à titres déterminés possèdent, d'après les idées de Pétersen, une influence manifeste sur l'évolution des tumeurs superficielles. On les emploie sous forme de compresses imbibées de solution.

La levure de bière fraîche, administrée à l'intérieur, agirait, d'après Bertholon, sur les tumeurs cancéreuses, comme analgésique et hémostatique. (Traitement symptomatique).

Le sulfure de carbone, pris à l'intérieur, à doses très réduites, est doué, d'après Wittacker, de pro-

priétés spéciales qui influent sur la prolifération cellulaire.

L'eau oxygénée est employée en pansement extérieur, comme désinfectant et désodorisant.

7° *Cynoglosse, sulfate de magnésie, injections de trypanroth.* — La cynoglosse, entre les mains d'Isaconas et de Poulopoutos, a produit, dans des cas d'épithéliomas de la face, des effets curatifs qui rendent son emploi recommandable.

Lucas-Championnière a obtenu des modifications favorables au niveau de cancers de la langue et de la lèvre par l'emploi à l'intérieur de la magnésie anglaise à doses croissantes.

Jaboulay rapporte que chez une malade atteinte de cancer du sein, il a obtenu, grâce aux injections de trypanroth, la disparition de la lymphangite, la rétraction de la tumeur et un bien-être général manifeste ; c'est ce qui a éveillé en lui l'idée que l'usage de cette substance pourrait être avantageux chez les cancéreux.

8° *Phytolacca decandra. Eucalyptus globulus. Thuya occidentalis.* — Le phytolacca decandra, et le suc des feuilles fraîches surtout, possèdent des propriétés caustiques. Leur application au traitement des affections néoplasiques, amène la destruction des tumeurs, et, une fois le tissu dégénéré éliminé, produit la cicatrisation.

Lutton a obtenu les mêmes résultats par l'emploi de l'eucalyptus globulus et de nombreux auteurs ont reconnu des propriétés anti-néoplasiques spéciales au thuya occidentalis.

## TRAITEMENT MÉDICAL GÉNÉRAL

Dans ce chapitre, nous traiterons de la thérapeutique générale du cancer et nous réserverons une part importante à la Sérothérapie.

Ce dernier procédé thérapeutique ayant à son actif de nombreux succès dans les maladies infectieuses, on a pensé trouver là une source nouvelle d'énergie, capable d'arrêter l'évolution des tumeurs malignes.

Certes, les essais ont été multiples, à en juger par le nombre de savants qui ont dirigé leurs études scientifiques de ce côté. C'est un effort qu'il convient de louer hautement, et qui prouve combien il serait à désirer voir naître une ère nouvelle, féconde en découvertes de génie et maîtrisante du mal implacable auquel la chirurgie moderne peut seule, dans ses remparts d'airain, opposer une défense héroïque et malheureusement d'issue incertaine !...

Avant d'entreprendre cette étude des sérums, nous mentionnerons, à titre d'observation, l'influence de certaines maladies infectieuses sur la marche des tumeurs malignes. C'est ainsi que Bush et Bruns, entre autres, ont vu l'érysipèle agir favorablement

sur les néoplasmes ; et, s'appuyant sur ces observations, beaucoup d'auteurs ont conseillé d'infecter les malheureux malades, dans le but de provoquer chez eux des érysipèles capables de guérir la maladie antérieure...

Point n'est besoin de dire que cette méthode n'a pas eu d'imitateurs.

### *A.* — Sérothérapie

1) *Sérum de Richet et de Héricourt.* — L'importance curative de ce sérum fut mise en évidence dans une communication à l'Académie des Sciences, le 19 avril 1895. Terrier l'expérimenta dans un cas de fibro-sarcome de la paroi thoracique gauche, avec un résultat satisfaisant. Barlerin public les effets obtenus dans 57 cas qui ont donné 7 améliorations réelles et 17 améliorations symptomatiques.

2) *Sérum de Dor et de Bra.* — Son efficacité curative doit être considérée comme sans importance. Bra eut l'idée de préparer un sérum avec le nectria distissima. Par son emploi on a pu voir chez beaucoup de cancéreux la disparition des hémorragies et la diminution des douleurs, mais chez aucun d'eux, on n'a pu constater une action quelconque sur l'évolution de la tumeur.

3) *Sérum de Coley et de Roberts.* — Coley et Roberts crurent sage de se servir d'une toxine streptococcique récemment préparée comme médication

contre les tumeurs malignes. Czerny injecte des toxines provenant du streptocoque et du bacillus prodigiosus, avec de bons résultats, dans les cas de sarcomes à cellules fusiformes et à cellules mixtes. Ces toxines n'ont aucune action sur les carcinomes.

4) *Sérum de Korbsch.* — Le sérum dont se sert Korbsch provient d'animaux jeunes. Les injections sont faites à fortes doses, 30 à 50 grammes par jour. Ce sérum a été employé contre les tumeurs de la peau et son effet curatif a été dans ce cas satisfaisant. Il est nul dans les cancers internes.

5) *Sérum d'Emerich et de Scholl.* — Les injections que pratiquent Emerich et Scholl dans un but curateur des tumeurs malignes, sont faites avec un sérum érysipélateux préparé suivant une technique spéciale.

6° *Sérum de von Leyden et Blumenthal.* — « Ce suc fut injecté à trois femmes, dont deux étaient atteintes de cancer de l'utérus et la troisième d'un cancer de l'urètre et de la vessie. Les injections n'ont jamais produit d'accidents, et ont amené une amélioration très marquée de l'état général et la disparition des tuméfactions ganglionnaires. Deux des malades ont succombé, mais on ne trouva à leur autopsie aucune métastase. » (Thomas).

La liste des résultats heureux de ce sérum a augmenté jusqu'à l'heure actuelle ; on a enregistré des guérisons prolongées jusqu'à trois ans chez des malades traités par lui.

7° *Cancroïne d'Adamkiewickz.* — Sur une série de

11 cas de tumeurs siégeant dans divers organes et à divers degrés de développement, l'auteur a pu constater quelques guérisons, et dans les autres cas des améliorations générales très accentuées. Katscher, Renault, Booll et d'autres ont publié des cas d'améliorations dues à ce sérum.

8° *Sérum de Wlaëff et d'Hotman de Villers.* — Wlaëff a pu préparer un sérum provenant de cultures pures de blastomycètes. Ce sérum est doué de propriétés anti-néoplasiques qu'il est parvenu à démontrer aussi bien chez les animaux porteurs de tumeurs cancéreuses que chez l'homme lui-même.

Wlaëff a soumis à l'action thérapeutique de ce sérum, 40 malades porteurs de cancers inopérables, et chez tous il a pu reconnaître des effets très nets, aussi bien quant à l'accroissement de la tumeur qu'en ce qui regarde l'état général du malade et les propagations ganglionnaires.

Wlaëff fit une communication au nom de Hotman de Villers et au sien, dans laquelle il enregistrait des cas de guérison complète de cancers de la langue. Berger et Lucas-Championnière ont obtenu des résultats semblables.

9° *Levure de de Backer. Sérums de Bayle et de Lœffler.* — Le traitement des tumeurs cancéreuses mis en pratique par de Backer, est basé sur les idées que cet auteur professe quant à l'étiologie et à la pathogénie de ces affections et au rôle que joue la phagocytose dans les divers processus physiologiques. En vertu de ces idées, il injecte dans l'orga-

nisme des levures pures qui lui donnent, à ce qu'il déclare, de remarquables améliorations chez presque tous les malades traités par cette méthode.

Les effets thérapeutiques signalés par Bayle, et les tentatives de sérothérapie de Lœffler sont à citer.

10° *Sérum de Doyen*. — Nous lisons dans la thèse de Hornus (Paris, 1905) :

« Le résumé de l'état actuel de la question du traitement du cancer est très simple. La discussion du Congrès de Chirurgie de 1904, a démontré qu'aucun cancer grave n'avait été guéri par aucune des méthodes palliatives jusqu'ici préconisées... (l'auteur passe en revue les différentes méthodes)... En étudiant la production des toxines, Doyen reconnut que celles du micrococcus néoformans n'acquéraient une certaine activité qu'au bout de dix mois au moins et que l'activité de ces toxines pouvait être modifiée, comme celle du microbe, par l'addition de substances chimiques. C'est ainsi qu'il fut amené à préparer une toxine pure, une toxine modifiée... et un vaccin figuré... »

D'après Doyen, ce sérum exerce une action sur la vitalité tout entière de la tumeur, soit quant au volume qui diminue, soit au point de vue de la lymphangite qui se produit généralement, soit par la disparition des douleurs et des œdèmes.

Hornus publie dans sa thèse 50 cas avec 11 guérisons complètes et 15 améliorations franches.

A Londres, en Allemagne, à Florence, ce sérum n'a donné encore aucun résultat.

### B. — Opothérapie.

Ce traitement par l'opothérapie n'a aucune valeur curative. Nous ne le citons qu'à titre d'information scientifique.

La spermine et l'extrait d'ovaire ont été employés par Platon comme toniques chez des cancéreux inopérables.

Les injections d'extrait de glande thyroïde, comme l'administration de la glande fraîche, ont donné à Bœver d'excellents résultats curatifs. Le professeur Beard, d'Edimbourg, a préparé un agent médicamenteux avec la trypsine, ferment du pancréas, et, à l'en croire, son action thérapeutique dans les affections néoplasiques est toujours avantageuse.

Morton, de New-York, et Lazarus Barlow ont employé la trypsine avec des résultats différents.

C. M. Saleby dans son récent ouvrage intitulé : *The conquest of cancer*, soutient les propriétés antinéoplasiques de la trypsine.

Le professeur Von Leyden ne se montre pas très enthousiaste à son égard.

En France les résultats ont été médiocres. Il en est de même à Buenos-Ayres.

### C. — Hygiène générale et traitement moral

Armé du formidable arsenal thérapeutique que

nous venons de passer en revue, le médecin aura à lutter pied à pied contre toutes les manifestations symptomatiques du terrible mal. et soutenir aussi vigoureusement que possible l'organisme en voie de décadence.

Les soins nécessaires, la diététique convenablement maniée, procurent aux malheureux malades des soulagements et des espérances qu'il convient et qu'il est un devoir de conserver. « Jamais meilleure occasion de se montrer dans ce double rôle ne se présentera pour le médecin qu'en présence d'une cancéreuse inopérable ; jamais malade n'aura plus besoin de son appui moral comme de ses soins professionnels. » (Récamier.)

Il faudra faire tendre ses efforts à diminuer ou à supprimer les douleurs, à éviter les hémorragies, les suintements fétides et à relever les forces physiques et morales.

Contre la douleur, on emploiera la morphine et l'héroïne. Les piqûres seront pratiquées le soir ou l'après-midi, selon les indications, afin que leur action apporte le soulagement et le sommeil pendant les heures de la nuit. Il ne sera guère possible d'éviter la morphinomanie qui n'est d'ailleurs que demi-mal, car elle émousse la conscience de la malade irrémédiablement perdue.

Parmi les autres analgésiques et narcotiques employés, citons : l'antipyrine et l'orthoforme, l'hydrate de chloral, le bromhydia, les couleurs d'aniline, etc.

Quant aux substances employées contre les acci-

dents locaux du cancer de la vulve en particulier, elles figurent au chapitre des agents chimiques.

Au point de vue de l'hygiène générale, on fera éviter aux malades la fatigue et les excès de toutes sortes. L'air, la lumière et les vêtements doivent être l'objet d'une surveillance spéciale.

L'alimentation joue un rôle capital. Il faut aider l'organisme à surmonter tous les éléments qui annihilent l'activité physiologique.

La médication eupeptique en agissant sur la muqueuse gastrique et les fibres musculaires, excitera souvent l'appétit. On pourra employer dans ce but : le quinquina, la gentiane, la noix vomique et toute la longue liste des amers connus en thérapeutique.

La nourriture en elle-même sera substantielle et bien conduite, ni irritante ni constipante, et ne surchargera pas les urines.

Les viandes tendres et fraîches, convenablement préparées et parfois légèrement épicées afin d'exciter la muqueuse gastrique, pourront être données à certaines malades chez qui l'on sera sûr de favoriser les échanges nutritifs et les fonctions d'assimilation.

Le régime végétarien, le lait et les œufs formeront la base de l'alimentation.

Les malades devront prendre de grands bains, et l'on ordonnera, matin et soir des frictions aromatiques sur tout le corps.

On retirera également grand bénéfice des injections de sérum artificiel à petites doses quotidiennes.

Et enfin par-dessus tout, le rôle moral du méde-

cin se dessinera de mieux en mieux à l'approche du fatal dénouement. Jamais l'espérance ns sera bannie de l'esprit des malades : jamais le mot de cancer ne sera prononcé devant elles. Avec un peu de perspicacité et d'intelligence, cette question se résoudra d'elle-même, à condition de savoir la conformer à l'ambiance.

## OBSERVATION I

(Morestin. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1900, p. 1085).

### Cancer de la vulve

Une femme de soixante-quinze ans est entrée le 10 avril à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Richelot, isolement n° 4, pour une ulcération vulvaire qui détermine des douleurs pendant la marche, des saignements répétés, et s'accompagne d'une sécrétion abondante et fétide. Cette lésion évolue depuis plusieurs mois, mais la malade n'en peut préciser le début.

*Examen clinique*. — Quand les cuisses sont rapprochées ou même modérément écartées, on ne voit rien d'anormal extérieurement. Il faut pour apercevoir l'ulcération, séparer les grandes lèvres, qui sont volumineuses et fort chargées de graisse, au-dessous d'un pénil très adipeux et saillant. Etalée par cette manœuvre, la lésion se présente comme une surface granuleuse couverte de petits mamelons rosés, et, çà et là, semée de détritus sphacéliques, et ensuite d'un ichor sanieux, d'odeur fort désagréable. Elle repose sur une sorte de plaque mince, mais ferme, dont la jonction forme un léger bourrelet autour de la surface ulcérée. Ses dimensions sont comparables à celles d'une pièce de 5 francs. En laissant les grandes lèvres revenir sur elles-mêmes, on voit se creuser une gouttière médiane, puis les deux moitiés se rapprocher comme les feuillets

d'un livre et enfin se mettre en contact, les parties droites et gauche présentant d'ailleurs la même étendue et se trouvant symétriques. L'ulcération va depuis la commissure antérieure de la vulve jusqu'au voisinage immédiat du clitoris ; d'autre part, elle s'étend de chaque côté jusqu'au bord libre de la grande lèvre, s'arrêtant seulement à 2 ou 3 millimètres de ce bord. La nature épithéliale de cette lésion n'était pas douteuse.

On notait encore à l'entrée de la vulve des plaques leucoplasiques légèrement exulcérées en certains points. Dans le triangle de Scarpa, à droite, au milieu de la graisse accumulée en grande abondance au point de déformer la région, on sentait un ganglion de consistance assez ferme, arrondi, mobile encore, indolent.

En dehors de la marche, la lésion vulvaire ne déterminait aucune souffrance : il n'y avait rien ailleurs et l'état général était assez satisfaisant.

*Opération.* — Le 19 avril j'ai fait tout d'abord l'ablation du ganglion inguinal suspect, puis l'excision de la plaque épithéliomateuse, en passant, est-il besoin de le dire, aussi loin que possible des bords de l'ulcération.

Après hémostase, je réunis sur la ligne médiane la partie antérieure des deux grandes lèvres fort amincies. Ce rapprochement supprimait toute la partie pré-clitoridienne de la vulve. C'était d'ailleurs la seule façon de réunir commodément la plaie.

*Suites opératoires.* — Cette femme sortit de l'hôpital les premiers jours de mai; la réunion primitive avait été obtenue d'une manière très exacte.

Depuis pas de nouvelles.

*Examen histologique.* — M. Milian a examiné les pièces et constaté qu'il s'agissait bien, comme nous le pensions, d'un épithélioma ; épithélioma pavimenteux à globes épidermiques. Il était important d'être fixé au sujet du ganglion. Or les préparations microscopiques permettent d'affirmer que ce ganglion n'est pas cancéreux. Il provient simplement des altérations inflammatoires chroniques.

*Remarques.* — 1° Le siège antérieur sus-clitoridien, les épithéliomas vulvaires occupant habituellement le pourtour de l'orifice viginal ;

2° La parfaite symétrie de la lésion, dont les deux moitiés s'appliquent exactement l'une à l'autre ;

3° L'état du ganglion qui présentait des altérations purement inflammatoires alors qu'on aurait pu le croire néoplasique.

## OBSERVATION II

(V. Solovieff. — *Medicinskoié Obozrénié,* octobre 1900. Extrait de la *Revue de Gynécologie de Pozzi*, 1902.)

### Cancer primitif de la vulve

L'auteur ajoute un nouveau cas personnel aux 155 déjà publiés de cancer primitif de la vulve. Il s'agit d'une femme assez agée chez laquelle sont survenues, quelques années après la ménopause, des hémorragies vulvaires. *L'examen de la vulve* démontra que toute la paroi postérieure à 3 centimètres de l'orifice était remplie d'une tumeur qui s'étendait jusqu'à la portion vulvaire de l'utérus. Cette dernière semblait aussi être atteinte, tandis que le rectum était complètement intact.

*Opération.* — Extirpation de l'utérus et des parois posté-

rieures et latérales de la vulve. Formation d'une nouvelle vulve aux dépens de la partie muqueuse restée intacte. Succès opératoire absolu.

*L'examen microscopique* des organes extirpés démontra que l'on avait affaire à un cancer vulvaire à cellules plates. Quant au col de l'utérus, il ne contenait pas de cellules néoplasiques et les altérations dont il était atteint étaient dues à un processus inflammatoire.

## OBSERVATION III

(M. R. Schæffer. — Communiquée à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Berlin, scéance du 24 juin 1903. — Extrait de la *Revue de Gynécologie de Pozzi*, 1904.)

### Cancer primitif de la grande lèvre

M. R. Schæffer communique trois cas de cancer primitif de la grande lèvre, parmi lesquels un cas de cancer de la glande de Bartholin. Ces cancers s'étaient développés chez des femmes âgées respectivement de soixante-trois, soixante-sept et soixante-treize ans et s'accompagnaient par intervalles de douleurs violentes. La récidive s'est produite dans un cas au bout de dix mois, dans un autre au bout de deux ans. Dans un troisième cas, l'opération remonte à trois semaines seulement ; il existait une adénite inguinale et les ganglions ont été enlevés au cours de l'opération.

## OBSERVATION IV

(G. Kreiss de Bâle. — *Correspondenzblatt für Schweizer Aertze*, 1902, nº 1, p. 11 et *Gynœkologia Helvetica*, 1903, p. 28. — Extrait de la *Revue de Gynécologie de Pozzi*, 1903.)

### Kraurosis und ulcus rodens vulvæ

La coexistence de ces deux affections est assez rare et 5 cas seulement ont été publiés : ils appartiennent à Breisky, Peters, M. Martin, Orthmann et von Mars. Le cas présent a été observé à la clinique du professeur von Herff. Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans et demi, ayant eu 4 enfants.

*Passé clinique*. — Depuis plusieurs années, elle souffrait de prurit génital ; il y a quatre ans, on lui fit l'ablation d'une verrue à la grande lèvre gauche. Il y a un an et demi il en reparut une nouvelle, toujours à gauche haut située près du clitoris.

*Examen clinique*. — Les organes génitaux externes sont fortement ratatinés ; les poils sont presque entièrement tombés ; le clitoris a disparu ; les petites lèvres manquent complètement ; l'orifice vulvaire, de coloration blanchâtre, est fortement rétréci ; la peau est sèche et crevassée, ce qui représente en somme au complet, l'ensemble symptomatique du kraurosis vulvæ.

A gauche du clitoris, se trouve une verrue cutanée de la grosseur d'une noisette, à surface irrégulière : immédiatement

au-dessous, se trouve une ulcération à bords calleux, à base indurée et dont la surface est lisse et rougeâtre ; elle a la dimension d'une pièce de 50 centimes (*ulcus rodens vulvæ*). Une biopsie montre la nature carcinomateuse de cette lésion.

*Opération*. — Excision large en tissu sain. En même temps que la tumeur, on enlève le condylome situé au-dessus ainsi qu'un fragment de peau dégénérée.

*Examen microscopique*. — L'épiderme de la peau kraurotique se montre notablement aminci ; les noyaux de la couche cornée étaient très pâles ; l'amincissement de la couche de Malpighi était tellement prononcé, qu'en certains endroits, cette couche etait réduite de deux à quatre couches de cellules.

*Suites opératoires*. — Il se fit une récidive dans les ganglions inguinaux du côté droit.

*Considérations pathogéniques*. — L'auteur admet qu'une phase d'hypertrophie et d'hyperplasie précède la sclérose de la peau et que l'affection présente ainsi un caractère inflammatoire. Il se range à l'opinion de Veit, en attribuant au prurit une influence causale sur le kraurosis.

Pour ce qui est de l'ulcère, il est possible que l'irritation causée par les lavages ainsi que les frottements des vêtements ait pu amener la transformation maligne d'un ulcère primitivement bénin.

*Considérations cliniques et opératoires*. — Au point de vue clinique, il est intéressant de noter la formation de métastases qui existent déjà anatomiquement alors qu'aucun signe ne vient les révéler ; ce qui conduit à pratiquer l'extirpation complète des ganglions de l'aine des deux côtés, lorsque l'on enlève l'ulcération vulvaire, que ces ganglions soient perceptibles ou non.

## OBSERVATION V

(Raymond et Chanoz. — *Lyon médical*, 31 janvier 1904.)

### Ulcération néoplasique de la grande lèvre guérie par la radiothérapie

Il s'agit d'une ulcération néoplasique de la grande lèvre gauche. (Examen histologique par M. Fabre).

Début en 1900. L'affection est latente jusqu'en 1903, puis s'étend rapidement à toute la moitié gauche de la vulve. Douleurs intolérables : amaigrissement énorme (25 kilos) ; cachexie.

Les parties saines couvertes de lames de plomb, on expose la lésion à un tube de Crookes de 10 centimètres pendant 12 minutes.

On fait deux séances par semaine. Premiers résultats mauvais. L'amélioration commence à la sixième séance ; puis la plaie se déterge, les bourgeons disparaissent, les ganglions diminuent, les douleurs cessent, l'appétit revient avec les forces : le poids augmente au point que la malade a repris ses occupations. La cicatrisation est complète.

## OBSERVATION VI

(MM. X. Bender et C. Daniel.— *Bulletins de la Société anatomique*, 1904.)

### Epithélioma primitif de la vulve

La nommée M. Henriette, âgée de trente-sept ans entra le

22 juillet 1903 dans le service de M.-J.-L. Faure à l'hôpital Cochin.

*Passé clinique.* — Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à quinze ans ; les règles ont toujours été régulières, douloureuses pendant deux ou trois jours, moyennement abondantes. Elle n'a eu qu'une grossesse terminée par un accouchement normal, à terme, il y a trois mois (15 mai 1903).

Il y a un an (août 1902), après l'arrêt de ses dernières règles, la malade remarqua l'existence d'une petite masse légèrement saillante au niveau de la petite lèvre gauche. Cette petite tumeur était douloureuse, mais comme elle ne déterminait en somme qu'une gêne modérée, la malade ne se décida à consulter que quatre à cinq mois après. On lui fit une cautérisation au nitrate d'argent qni ne détermina aucune amélioration. Huit mois après le début des accidents, la malade alla consulter un autre médecin qui lui fit des attouchements à la teinture d'iode, pendant deux mois environ, jusqu'au moment de son accouchement. L'accouchement eut lieu le 15 mai 1903 sans aucun incident ; les suites de couche ont été normales. A partir de cette époque, les lésions se sont progressivement étendues, et deux mois plus tard, la malade entre à l'hôpital Saint-Louis.

Dans le service où elle était soignée, on fit le diagnostic de chancre mou parce que l'on avait trouvé, à l'examen bactériologique, un très grand nombre de bacilles de Ducrey.

On lui fit simplement des lotions et des pulvérisations phéniquées, et, comme au bout de deux mois de ce traitement, aucune amélioration n'était survenue, la malade quitta le service, et se décida à entrer en chirurgie, dans le service gynécologique de l'hôpital Cochin.

*Examen clinique.* — En écartant les cuisses de la malade, on aperçoit au niveau de la vulve, une large surface ulcérée, de forme irrégulière. Cette ulcération occupe la presque totalité de la petite lèvre gauche, la moitié supérieure de la petite lèvre droite, le clitoris et le capuchon clitoridien : le vestibule, les grandes lèvres et les régions voisines, ainsi que l'entrée du vagin ne présentent aucun caractère anormal. La coloration des lésions est d'un rouge jaunâtre, tranchant nettement sur les tissus sains. Au niveau de la région clitoridienne, et sur la petite lèvre gauche, on voit se détacher sur le fond rouge de petits points d'un jaune grisâtre. Toute la zone ulcérée est limitée par une sorte de bourrelet saillant de deux millimètres environ sur les parties avoisinantes.

La consistance des tissus ulcérés est comparable à celle du carton mouillé. Quant à la profondeur des lésions, elle est variable suivant les points considérés. Au niveau du clitoris et à la partie moyenne de la petite lèvre gauche, les lésions sont beaucoup plus profondes ; le capuchon clitoridien est transformé en une masse végétante qui masque complètement le clitoris. La région malade n'est pas saignante au toucher ; elle ne donne naissance qu'à une sécrétion très peu abondante.

Il est absolument impossible de reconnaître le méat au milieu des bourgeons ulcérés qui encombrent la région clitoridienne. L'entrée du vagin est absolument normale ; les parois vaginales vues au spéculum, sont saines. Il en est de même du col de de l'utérus.

Au niveau de l'anus, on trouvait 3 ou 4 condylomes non ulcérés, insérés tous près de la muqueuse anale.

*Examen histologique et diagnostic.* — En présence de ces symptômes, nous avons pensé qu'il s'agissait, non pas d'un

chancre mou, mais bien d'un épithélioma de la vulve. Pour confirmer ce diagnostic. nous avons pratiqué au niveau de la région ulcérée, une biopsie qui nous a donné des résultats tout à fait nets. Le fragment fut prélevé sous anesthésie locale au chlorure d'éthyle, au niveau de la limite de l'ulcération, en empiétant légèrement sur la partie saine. L'étude des coupes en séries de ce fragment, nous permit de reconnaître qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux tubulé. On reconnaissait très nettement, au niveau de la partie restée saine, l'épithélium pavimenteux qui présentait ses caractères normaux. A mesure qu'on se rapproche de l'ulcération, on voit les bourgeons interpapillaires s'allonger et s'hypertrophier. Enfin, au niveau de la région ulcérée, on se trouve en plein tissu néoplasique. Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux tubulé et lobulé : on retrouve par place un petit nombre de globes épidermiques. Le diagnostic de cancer de la vulve pouvait donc être posé sans la moindre réserve.

*Opération.* — L'opération fut pratiquée quelques jours après par notre maître J.-L. Faure. La tumeur fut enlevée aussi largement que possible. On reconnut, au cours de l'intervention, que le méat urétral n'avait pas été envahi par le néoplasme, mais avait été seulement refoulé en bas et en arrière. La perte de substance put être comblée assez facilement, et la guérison survint rapidement.

Un examen histologique plus complet, pratiqué sur des fragments plus étendus de la tumeur, nous permit de vérifier l'exactitude absolue des résultats qui nous avaient été fournis par la biopsie.

## OBSERVATION VII

(Lambret. — Société de Médecine du département du Nord, séance du 10 nov. 1905.)

### Cancer de la grande lèvre

M. Lambret montre un cancer de la grande lèvre extirpé chez une jeune fille de dix-huit ans. Le bébut avait passé inaperçu : la malade avait constaté deux ans auparavant la présence en ce point d'une tache blanchâtre qui était vraisemblament un nævus. C'est sur ce nævus que s'était développé le cancer qui est surtout intéressant au point de vue histologique.

M. Gellé l'a examiné. Il s'agit d'un nævi-épithéliome.

A remarquer d'abord l'âge de la jeune fille.

D'après Rist, ces lésions seraient exceptionnelles dans la jeunesse et apparaîtraient surtout dans la seconde moitié de la vie.

Les nævi-carcinomes empruntent par leur texture l'organisation de leurs tissus, par la structure de leurs éléments, des caractères propres aux cancers épithéliaux d'une part et aux tumeurs d'origine mésodermique d'autre part, c'est-à-dire aux sarcomes.

La tumeur prend l'aspect de nodules bien limités. Chaque lobule cellulaire est circonscrit à sa périphérie par des fibrilles et fibres conjonctives superposées et disposées tangentiellement aux foyers néoplasiques.

Mais on ne peut déceler en aucun point la présence de glo-

bules cornés, caractère propre aux cancers épithéliaux de la peau.

A un plus fort grossissement, on remarque que les cellules sont très variables dans leur forme et leur grandeur.

Les unes sont polygonales ; les autres sont arrondies ou allongées ; d'autres très effilées et disposées les unes près des autres, offrant alors une grande analogie avec les dispositions cellulaires des sarcomes fasciculés.

Tandis que les cellules des cancers pavimenteux présentent une bordure crénelée, comme cela s'observe dans le revêtement cutané normal, ici, aucune des cellules néoplasiques ne présente ce caractère.

Une autre analogie avec le sarcome réside dans la structure du stroma conjonctif intercellulaire. Dans les régions ou les nodules néoplasiques n'ont pris qu'une faible extension, il existe entre chaque cellule un fin réticulum conjonctif qui sépare les cellules et forme une véritable trame.

En résumé, étant données leur structure cellulaire et leur trame conjonctive, les nævi-épithéliomes ou nævi-carcinomes ne sont pas des productions épithéliales comme leur nom pourrait le faire supposer, mais des tumeurs d'origine mésodermique, c'est-à-dire sarcomateuses.

## OBSERVATION VIII

(Dr Jayle. — *In* thèse de Mauxion, 1905.)

### Cancer de la vulve

Céline D..., femme B..., âgée de quarante ans ; entrée à l'hôpital Broca dans le service de M. le professeur Pozzi le 20 octobre 1901.

*Passé clinique.* — Vient à l'hôpital pour une tumeur développée au niveau de la vulve du côté droit. La malade ne peut donner aucuns renseignements précis sur la date d'apparition de cette tumeur ; mais elle se rappelle l'avoir depuis un an.

Depuis trois ou quatre mois elle est exulcérée, donne issue à un liquide ichoreux et fétide. ainsi qu'à quelques pertes de sang comme il arrive dans les cancers.

La malade ne souffre pas de vives douleurs ni de gêne à la miction ; elle n'éprouve que des sensations et irritations dues à cette tumeur ulcérée.

Etat général bon.

*Examen clinique.* — La tumeur occupe la partie supérieure et latérale droite de la vulve ; elle est surtout développée aux dépens de la grande lèvre ; elle offre le volume d'un gros œuf ; elle est largement exulcérée et présente une surface végétante anfractueuse, recouverte de sanie ichoreuse.

Elle s'étend du pubis jusqu'au méat urinaire, à la limite duquel elle s'arrête. Par son volume elle repousse peu à peu à gauche le clitoris qui n'a pas été atteint.

Développée surtout dans la partie supérieure de la grande lèvre, elle a gagné, d'une part, en haut et à droite, la région pubienne, d'autre part, elle a passé par-dessous la petite lèvre pour venir s'étendre dans l'espace situé entre le clitoris et le méat.

Ce qui reste de la partie supérieure de la petite lèvre, forme comme une sorte de pont qui divise la tumeur en deux parties inégales, l'une supérieure constituant les cinq sixième de la tumeur, l'autre inférieure, répondant à la partie située au-dessus du méat.

En écartant les petites lèvres et en regardant la malade de face, on voit bien toute l'étendue de la tumeur.

En cherchant à mobiliser cette tumeur sur les parties profondes, on constate un défaut de mobilité, et il n'est pas possible de dire si les adhérences sont telles que l'extirpation soit impossible.

On ne trouve aucun ganglion iliaque ni à droite ni à gauche, pas plus qu'en aucun autre point de l'économie.

*Diagnostic.* — Epithélioma de la partie supérieure et latérale droite de la vulve affleurant le méat urinaire vers sa partie supérieure, mais n'ayant pas encore envahi la muqueuse urétrale.

Etant donné le bon état général de la malade, on tente l'intervention.

*Opération.* — Pratiquée le 26 octobre 1901 par le Dr Jayle.

L'ablation a été simple, et il a été possible d'enlever toute la tumeur qui profondément n'allait pas jusqu'au squelette.

La tumeur a été circonscrite par deux grandes incisions allant de haut en bas et de droite à gauche, suivant l'axe de la tumeur, en commençant en haut dans la région pubienne et venant se réunir en bas au niveau du méat. Le méat a dû être totalement enlevé ainsi qu'une portion de l'urètre sur une longueur d'environ 5 à 6 millimètres pour bien permettre l'ablation des tissus morbides.

La reconstitution du méat a été faite avec le plus grand soin. L'hémorragie n'a pas été très abondante. L'hémostase a pu être faite complètement.

La tumeur enlevée, il restait une brèche considérable, presque aussi large que la paume de la main.

Grâce à la laxité des tissus de cette région, on a pu néanmoins

suturer la plaie dans sa presque totalité. Une mèche de gaze a été cependant mise dans la partie non souillée.

Une sonde à demeure a été placée dans la vessie.

*Suites opératoires.* — Elles ont été des plus simples. La malade n'a pas présenté d'élévation de température : il n'y a eu aucune suppuration de la plaie. La sonde à demeure a été retirée vers le sixième jour. La malade a ensuite uriné seule. Elle est sortie complètement guérie le 23 novembre.

*Suites éloignées.* — La malade a été revue en 1904 par M. Jayle. Elle était en parfait état de santé. Localement, il n'y avait aucune déformation et on ne se serait pas douté du grand traumatisme subi sans la cicatrice opératoire.

A noter que le méat est en parfait état, et que la malade n'a jamais eu aucun trouble dans la miction.

## OBSERVATION IX

(MM. Siégel, Delval et P. Marie. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1906.)

### Sarcome de la grande lèvre

Cette tumeur a été enlevée par M. le Dr Riche, à l'hôpital Cochin, à une femme de quarante-trois ans qui s'en est aperçue pour la première fois il y a dix ans.

*Passé clinique.* — La malade, toujours bien portante, vit apparaître au niveau du pli inguinal droit une petite tumeur dure, indolore, qui augmenta lentement de volume sans jamais présenter de réaction inflammatoire. Au bout de trois ans, elle fut opérée et l'on extirpa la tumeur.

La guérison se maintint pendant trois ans environ, puis, il y a quatre ans, la malade vit reparaître une tumeur exactement à la même place et présentant les mêmes caractères que la première fois.

*Examen clinique.* — La tumeur qui a grossi lentement est actuellement grosse comme une petite orange, dure, indolore, mobile sur les plans profonds.

La peau est à son niveau amincie, très adhérente, violacée, avec par places des noyaux blanchâtres dus à la présence de petites bosselures à la surface de la tumeur qui occupe la partie supérieure de la grande lèvre droite, empiétant sur la région inguinale.

Il n'y a pas de réaction ganglionnaire.

*Opération.* — Le 24 avril M. le Dr Riche extirpa cette tumeur qui s'énucléa très facilement et que nous présentons aujourd'hui à la Société anatomique. Macroscopiquement on constate que la tumeur est bien limitée et que la peau, très amincie, adhère entièrement à sa surface. A la coupe elle donne l'aspect d'un marron d'Inde avec, par places, quelques pointillés hémorragiques.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une tumeur conjonctive de nature sarcomateuse, formée de cellules généralement atypiques.

## OBSERVATION X

(MM. Siegel et Delval. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1906.)

### Sarcome mélanique de la grande lèvre

Il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans, cuisinière

qui entre à l'hôpital Cochin le 6 octobre 1906 pour une tumeur de la grande lèvre gauche.

*Passé clinique.* — On ne voit rien d'intéressant à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels de cette femme.

Elle a été réglée à onze ans et demi, mais ne voit plus rien jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, où sa menstruation se rétablit, mais d'une façon très irrégulière et à intervalles très éloignés. La malade étant vierge, son passé génital est négatif. Elle est très surprise à la fin de juillet 1906 de voir apparaître sur ses grandes lèvres, au niveau de leur face interne, une série de petites taches noires qui, du côté gauche, grossissent assez rapidement, se réunissent et arrivent à former une tumeur qui grossit peu à peu.

*Examen clinique.* — L'examen de la vulve montre sur la grande lèvre gauche une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, d'un noir brillant, irrégulièrement bosselée et de consistance mollasse. Cette tumeur absolument indolore laisse libre en bas l'extrémité inférieure de la grande lèvre, s'étend en dehors jusqu'à environ 1 centimètre du pli génito-crural et en dedans jusqu'à la petite lèvre ; en haut elle confine au capuchon du clitoris.

En examinant sa mobilité, on voit qu'elle tient assez fortement à la grande lèvre, mais qu'elle est implantée sur celle-ci par un large pédicule sur lequel elle s'étale à la manière d'un champignon. Ce pédicule est distant de 1 centimètre environ du capuchon du clitoris, mais la muqueuse présente à ce niveau une traînée noirâtre qui s'étend depuis le pédicule de la tumeur jusqu'à l'origine de la petite lèvre droite qui présente, ainsi que la face interne de la grande lèvre du même côté, quelques taches noirâtres.

Le groupe interne des ganglions inguinaux du côté gauche est envahi, et on sent en particulier deux ganglions qui roulent sous le doigt.

L'état général est bon et on ne retrouve actuellement aucune trace de généralisation.

Les urines examinées le lendemain de l'opération n'ont pas donné la réaction habituelle de la mélanémie.

*Opération.* — Le 18 octobre M. Riche opère la malade ; on commence par extirper les ganglions inguinaux et on en extirpe un groupe de quatre dont deux assez gros ; un de ces deux là qui était le plus interne est d'un beau noir et la coupe montre un envahissement mélanique surtout accentué à la périphérie ; les autres sont sains, tout au moins au point de vue macroscopique.

Puis, après suture de la plaie inguinale, on abat à coups de ciseaux la plus grande partie de la grande lèvre droite et le capuchon du clitoris. On rapproche à l'aide de points de suture les deux lèvres de la perte de substance ainsi créée par l'ablation de la tumeur et on termine en enlevant la plus grande partie de la petite lèvre et de la face interne de la grande lèvre droite qui sont également suturées.

*Examen histologique.* — Nous examinons alors la tumeur ; c'est une masse noirâtre, de consistance mollasse dont l'aspect général rappelle celui d'une morille munie d'un pédicule d'environ 2 centimètres de hauteur qui la rattachait à la grande lèvre. Elle est constituée par un certain nombre de lobules très friables, séparés les uns des autres par des incisures très profondes.

Sur le pédicule, on remarque deux taches noirâtres allongées qui se dirigeaient vers le capuchon du clitoris.

L'examen microscopique a été fait sur des fragments prélevés l'un, en pleine tumeur, l'autre, à la limite de la tumeur et de son pédicule.

Les coupes faites dans la tumeur montrent des cellules polymorphes de formes très irrégulières, souvent fusiformes, présentant parfois des prolongements multiples. Les noyaux sont volumineux et très peu colorables.

Ces cellules sont contiguës les unes aux autres, et forment des masses importantes qui ne sont séparées par aucun stroma. Des masses mélaniques sont réparties très irrégulièrement dans ces cellules.

Les coupes faites à la limite du pédicule et de la tumeur présentent les mêmes caractères avec cette différence que la plupart des cellules sont fusiformes et que la mélanine forme des masses très compactes et très volumineuses.

La peau est absolument normale, bien que l'infiltration néoplasique marchant de la profondeur vers la superficie, arrive au contact de ses couches profondes ; en aucun point on ne constate de continuité entre l'épithélium et les cellules de la tumeur.

Nous avons ensuite pratiqué des coupes dans les divers ganglions qui, nous l'avons dit plus haut, étaient au nombre de quatre.

Le ganglion le plus interne, qui était en même temps le plus gros et le plus noir, présente de l'infiltration néoplasique avec mélanine dans sa partie périphérique. Cette infiltration commence immédiatement au-dessous de la capsule d'enveloppe, et envoie des prolongements digitiformes vers le centre du ganglion qui est resté intact et est formé uniquement par du tissu lymphoïde d'aspect normal.

Le deuxième gros ganglion est moins pris : on y constate également de l'infiltration néoplasique à la périphérie (infiltration avec mélanine) ; dans les parties centrales, il n'existe que quelques amas néoplasiques, dont les cellules sont dépourvues de mélanine, amas séparés les uns des autres par des zones de tissu lymphatique sain.

Le troisième et le quatrième ganglions ne présentent aucun caractère néoplasique. Les coupes du premier ganglion sont particulièrement intéressantes, vu qu'elles permettent de suivre le mode d'envahissement néoplasique dans les ganglions lymphatiques ; il y a d'abord infiltration du sinus sous-capsulaire, puis formation de prolongements digitiformes qui s'avancent vers le tube en suivant les sinus inter-folliculaires.

## OBSERVATION XI

(V. Planson. — Extrait des *Bulletins de la Société anatomique*, 1906.)

### Cancroide de la grande lèvre gauche

*Passé clinique.* — Opérée par M. Guinard le 13 mars 1906 la malade, Virginie G..., âgée de soixante-treize ans, ne présentait rien de particulier dans ses antécédents. Il y a huit mois, une série de petits boutons blanchâtres, avec aréole rouge, étaient apparus sur la partie postérieure de la grande lèvre gauche. Ces éléments s'étaient peu à peu réunis au point de former la lésion actuelle.

*Examen clinique.* — Le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, on trouvait donc, occupant tout le tiers postérieur de la

grande lèvre gauche, et, développée surtout sur la face interne de celle-ci, une vaste ulcération sanieuse et végétante de forme arrondie. A la surface de cette ulcération, on remarquait de petites saillies dures, blanchâtres, nacrées, papilliformes, et donnant au doigt la sensation de surfaces cornées. En outre, à la partie antérieure de la grande lèvre, et envahissant le capuchon du clitoris, on trouvait une plaque cornée, jaunâtre, présentant les dimensions d'une pièce de 1 franc. A la périphérie de ces lésions, se rencontraient quelques taches blanchâtres, analogues comme aspect à des plaques de leucoplasie. Adénopathies inguinales bilatérales.

*Opération.* — L'opération a été pratiquée le 13 mars. On a circonscri toute la lésion par une longue incision circonférencielle, et l'on a extirpé ainsi toutes les parties malades. Réunion facile par sutures.

*Suites opératoires.* — Actuellement la malade est complètement guérie.

*Examen histologique.* — L'examen histologique de la tumeur a été pratiqué par M. Cornil. Il montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux très étendu en surface et s'enfonçant même assez loin en profondeur. On trouve en effet des globes épidermiques très nets et assez nombreux jusque dans les parties profondes de la tumeur. Ce n'est que dans la portion la plus profonde de la pièce, près de la surface de section, que l'on retrouve les éléments normaux : glandes sudoripares, fibres conjonctives, fibres musculaires lisses, etc.

## OBSERVATION XII

(Abadie. — Communication au Congrès de Gynécologie, Obstétrique et Pédiâtrie, avril 1907, Alger.)

### Leucoplasie vulvaire avec épithélioma du clitoris

*Passé clinique.* — En février 1906, Mme L..., quarante-sept ans, nous est adressée par notre confrère militaire le Dr Villary (de Mascara).

Cette femme, qui a accouché de son cinquième enfant il y a treize ans et qui n'a jamais présenté de symptômes de syphilis, accuse depuis huit ans des démangeaisons vulvaires progressivement plus pénibles et devenues continues.

*Examen clinique.* — A l'examen on trouve :

*a*) Une zone marginale intéressant grandes et petites lèvres, à teinte blanc nacrée, à limites irrégulières, sans augmentation d'épaisseur ;

*b*) Plus près du clitoris, des plaques blanchâtres plus épaisses, saillantes et légèrement verruqueuses ;

*c*) Un clitoris très hypertrophié blanc, un peu corné ;

*d*) Des ganglions inguinaux légèrement volumineux.

*Diagnostic.* — Prélèvement pour biopsie au sommet du clitoris.

Diagnostic : Epithélioma commençant.

*Opération.* — Le 13 février je pratique :

1° Le curage des deux aines ;

2° L'ablation du clitoris en même temps que de la face interne des grandes lèvres jusqu'aux orifices des glandes de Bartholin.

Réunion par première intention.

*Examen histologique.* — L'examen histologique a été pratiqué sur des fragments prélevés dans des zones de transition de peau saine à peau leucoplasiée, sur le clitoris. Nous n'en donnerons pas ici les résultats détaillés.

De cette observation nous retiendrons surtout au point de vue histologique les lésions que l'on trouve résumées la première fois par Pichevin et Petit, et que les examens si complets de Letulle, Hugo Sasz, Bender ont confirmées :

*a*) Hypertrophie de la couche cornée ;

*b*) Multiplication des cellules à éléidine de la zone ;

*c*) Hypertrophie diffuse de l'éléidine dans les couches sous-jacentes ;

*d*) Feutrage du dorme.

## OBSERVATION XIII (Inédite)

(Dr Dartigues et Dr L.-A.-E. Thomas, 1907)

### Epithélioma de la vulve

Mme M..., soixante ans.

*Passé clinique.* — Père mort à quatre-vingt-quatre ans. Eczémateux ; variqueux.

Mère morte à soixante-dix-huit ans. Tumeur cancéreuse de la région de l'oreille.

Goutteuse. Rhumatisante.

Une sœur morte à cinquante-huit ans ; sans renseignements.

6 frères morts vers cinquante ou soixante ans ; sans renseignements.

Mari bien portant.

9 enfants, 2 fausses couches intercalées au milieu des grossesses à terme.

Ménopause à cinquante ans par diminution progressive des règles avec interruption de deux à trois mois. Sans incidents.

En 1895, la malade raconte que sa ménopause terminée, elle était soignée à Carlsbad pour une induration du col au moyen de tampons glycérinés. Vers la même époque, la malade est immobilisée pendant cinq mois pour une phlébite de la jambe gauche. Cette phlébite survenant à cinquante ans fut considérable. Elle envahit la fesse et remonta jusqu'à la région lombaire. Il y eut un instant menace de phlébite des veines du bras gauche, avec plaque indurée de la peau.

En 1899, début de démangeaisons intolérables de la vulve qui deviennent permanentes ; se propagent à l'anus (1902), et se prolongent dans le pli interfessier. (La malade est hémorroïdaire d'ancienne date.)

*Examen clinique.* — Pratiqué par le Dr Thomas le 7 janvier 1906.

*Examen de la vulve.* — Depuis dix ans le pubis est dépourvu de poils. Le clitoris, les petites lèvres, la partie inférieure de la vulve, le pourtour de l'anus et la naissance du sillon interfessier sont le siège d'une leucoplasie des plus caractérisées. A noter la consistance des petites lèvres qui sont indurées, en crêtes de coq blanches. La commissure postérieure de la vulve est transformée en un gros bourrelet leucoplasique du volume du pouce. Le prurit est intense et rend la vie intolérable. Aucun topique ne le modifie.

Le 12 janvier 1906 apparaît sur la petite lèvre gauche, à 2 centimètres au-dessous du clitoris, une petite ulcération d'abord

fissuraire, du volume d'une lentille, puis qui s'étale et demeure stationnaire. Les douleurs, cuissons, brulûres deviennent atroces.

*Traitement radiothérapique.* — En février, mars et avril 1906 la malade est traitée par la radiothérapie (Dr Leredde) et le résultat obtenu sur l'élément leucoplasique est vraiment des plus satisfaisants. Après une quinzaine de séances (à 2 ou 3 par semaines) toutes les sensations douloureuses disparaissent; les démangeaisons, cuissons, qui duraient depuis six ans et qui s'étaient accrues terriblement depuis six mois, disparaissent pour ne plus jamais revenir. En même temps, la leucoplasie est très heureusement modifiée, les gros bourrelets de la fourchette se résorbent. La malade revit, mais la petite ulcération de la lèvre gauche persiste, à peu près indolore, et sans aucune tendance à la cicatrisation.

On essaie d'un traitement mercuriel sérieusement conduit qui reste sans aucun effet.

*Examen histologique.* — Le 20 avril 1906, après anesthésie à la cocaïne, on excise un lambeau de cette ulcération. Le Dr Darier donne le résultat suivant :

Epithélioma du type lobulé corné. Formation dans la profondeur des tissus de cellules du corps muqueux avec formation de globes épidermiques.

*Indication opératoire.* — En présence de ce diagnostic microscopique, une intervention est décidée. D'autre part, la lésion semblant limitée, et les ganglions inguinaux ne paraissant pas intéressés cliniquement, le curage de l'aine n'est pas indiqué.

*Opération.* — L'opération est pratiquée par le Dr Dartigues le 15 mai 1906.

Deux incisions semi-lunaires, faites au bistouri, et se réunis-

sant à leurs extrémités, en passant à 3 centimètres au large en tissu sain, limitent la zone à exérer. Le croissant supérieur part en dehors et à droite du clitoris, longe sa partie toute supérieure en sectionnant son ligament suspenseur, contourne la partie supérieure de la grande lèvre gauche et s'arrête au point de réunion du tiers supérieur de cette lèvre avec ses deux tiers inférieurs.

Le croissant inférieur part en dehors et à droite du clitoris, descend sur son flanc droit, se recourbe transversalement en dedans au niveau du vestibule, passe au ras du bord supérieur du méat urinaire, reprend une direction verticale en bas et en dehors pour aller rejoindre l'extrémité gauche du premier croissant.

L'hémostase des artères caverneuses et dorsales du clitoris est pratiquée avec soin. Pas de drainage. La réunion est obtenue au moyen d'un surjet de catgut. Sonde à demeure dans la vessie.

*Suites opératoires.* — Réunion par première intention. Malade part complètement rétablie.

*Récidive ganglionnaire.* — Novembre 1907.— Ce répit dura quinze mois. Au bout de ce temps apparaît un ganglion inguinal gauche que la malade constate, mais dont elle ne parle pas par crainte d'une intervention nouvelle.

Elle se décide à consulter le Dr L.-A.-E. Thomas le 2 novembre 1907, parce que la masse grossit et donne des douleurs vagues irradiées dans la fosse iliaque gauche.

*Examen clinique.* — On constate alors dans l'aine gauche, une tumeur ovalaire, disposée dans le sens transversal, ne présentant pas de limites précises, de consistance très dure, formant une énorme plaque qui surplombait le pli inguinal, effa-

çait ce pli dans son tiers moyen et s'étendait dans la partie supérieure du triangle de Scarpa Le tout forme un bloc non mobilisable et délimité un peu seulement à la partie supérieure et à l'extrémité externe.

Du côté de la vulve, il n'y a pas de récidive.

A noter également l'absence complète de ganglions du côté droit.

*Indication opératoire.* — Il s'agit évidemment là d'une récidive ganglionnaire ; et, vu l'état général de la malade qui est en somme satisfaisant, on décide une seconde intervention.

*Opération.* — Pratiquée le 26 novembre 1907 par le Dr Dartigues.

Incision au bistouri, partant à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, et longeant le pli de l'aine jusqu'à sa jonction avec le pli fémoro-périnéal. La peau une fois réclinée, la tumeur est attaquée par son extrémité externe. En dédolant avec le doigt on en soulève petit à petit le quart externe : mais, arrivé au niveau du canal crural, on trouve une adhérence absolue à ce dernier et au paquet vasculaire qui le traverse. La dissection est donc abandonnée de ce côté, et reprise en haut et en dedans.

M. Dartigues arrive à force de précautions à ne plus avoir qu'un pédicule adhérent aux *vaisseaux* fémoraux ; et, c'est en s'aidant des ciseaux courbes et du doigt, qu'il sculpte enfin la masse néoplasique, la détache des gros troncs artériels et veineux et du lacis vasculaire inextricable qui l'enserrait dans ses mailles.

Les vaisseaux collatéraux sont coupés presque au ras des gros troncs, ce qui rend l'hémostase particulièrement pénible et difficultueuse. Après une large compression et quelques cau-

térisations imperceptibles au niveau des points hémorragipares, les parties internes et externes de la plaie inguinale sont suturées au crin de Florence.

La partie moyenne de cette plaie limite une vaste excavation, infiniment septique, dans laquelle se sont ouvertes, au cours de la dissection, plusieurs loges suppurées. Ce « cavum » est largement tamponné au moyen de plusieurs mètres de mèches à l'iodol stérilisées.

*Suites opératoires.* — La cicatrisation de la plaie opératoire se fit d'abord assez rapidement. Mais au bout d'un mois, deux mois, trois mois, persista à la partie centrale de l'incision une surface ovalaire de la grosseur d'un noyau de datte, c'est-à-dire ayant 3 centimètres de long sur 1 centimètre de large, qui continua à suppurer, en présentant un clapier qui se prolongeait de 1 ou 2 centimètres sous la paroi abdominale.

Appelé auprès de la malade, M. Dartigues fait un curage très léger des fongosités de l'ulcère et du récessus sous-péritonéal, suivi d'une cautérisation.

C'est dans ces conditions que la malade fit une première embolie dans le lobe inférieur du poumon droit. Cette embolie se résorba sans température, en dix jours.

Puis trois semaines après (mars 1908), nouvelle embolie pulmonaire gauche, qui fut suivie quelques instants après d'une sensation de grand malaise, de vomissements cérébraux et de syncope mortelle.

A noter comme coïncidence, que depuis trois ou quatre ans, la malade présentait à intervalles assez réguliers des accidents de rétention dans sa parotide gauche. Parfois cette parotide augmentait de volume, comme dans l'oreillon, et il suffisait de

la comprimer pour faire sourdre par son canal de Sténon une cuillerée à café d'un liquide légèrement opalescent.

*Remarques :*

1° Aspect leucoplasique de la vulve au premier examen ;

2° Guérison de la leucoplasie par la radiothérapie ;

3° Récidive dix-huit mois après ;

4° Pas de récidive locale ;

5° Récidive ganglionnaire du même côté que la lésion initiale (gauche) ;

6° Pas de ganglions du côté opposé ;

7° Difficultés opératoires par adhérences des ganglions aux vaisseaux fémoraux et, par suite, l'impossibilité absolue d'enlever tout le tissu néoplasique ;

8° Impossibilité de faire un surjet au catgut par suite du tiraillement et de la suppuration consécutives.

## OBSERVATION XIV (Inédite)

(MM. Jayle et Dartigues, 1906-1907.)

### ÉPITHÉLIOMA DE LA VULVE

La première partie de cette observation est due à l'obligeance de M. le Dr Jayle.

La description de la seconde intervention est due à l'obligeance de M. le Dr Dartigues.

M..., trente-neuf ans.

*Passé clinique.* — Cinq enfants vivants. Accouchements normaux. Le premier en 1890, le deuxième en 1892, le troisième en 1894, le quatrième en 1896, le cinquième en 1902. Pas de fausses couches.

Aucune trace de spécificité.

Réglée à quatorze ans. Les règles sont généralement en avance, très abondantes durant six jours, et ne sont pas douloureuses.

Dernières règles le 30 mai 1906. Jamais de pertes d'aucune sorte : aucunes douleurs.

La malade se plaint de bouffées de chaleur ; elle transpire facilement. Elle dort peu et n'a pas de cauchemars ; elle a engraissé depuis deux ans. Elle a quelquefois des palpitations.

*Examen clinique*. — (Novembre 1906).

Toute la face interne des grandes lèvres est de couleur blanchâtre.

Les petites lèvres ont complètement disparu, si bien que l'on peut dire que toute la vulve revêt un aspect franchement leucoplasique. Çà et là, se voient quelques petites taches rouges correspondant à des exulcérations.

Sur la lèvre droite, à sa partie moyenne, s'est développée ces dernières semaines une ulcération mesurant environ 2 centimètres de largeur sur 1 centimètre de hauteur. Cette ulcération est de couleur jambon frais : elle est légèrement mamelonnée : les bords sont festonnés. Cette ulcération est assez superficielle ; elle n'a pas l'air d'envahir profondément les parties sous-jacentes, et ne dépasse pas non plus le plan cutané en haut. En la prenant entre les doigts, on sent nettement qu'elle n'est pas indurée.

*Diagnostic*. — On ne se trouve donc pas en présence, au point de vue clinique, d'un cancer type induré de la vulve ; néanmoins, étant donnée la dimension de l'ulcération, sa marche envahissante, on en conseille l'ablation.

A ce moment-là, il n'existe aucune adénite inguinale, ni d'un côté ni de l'autre.

*Opération.* — Faite par M. Jayle.

Anesthésie obtenue par injection sous-cutanée d'une solution de cocaïne à 1/200, contenant une goutte d'adrénaline par centimètre cube.

Ablation au bistouri de toute la zone ulcérée et de la zone environnante. L'on a bien soin de dépasser partout largement l'ulcération, surtout dans la profondeur.

Suture de la plaie au crin de Florence.

*Suites opératoires.* — Guérison par première intention.

*Examen histologique.* — L'examen histologique a été pratiqué par M. Bender.

Fixation au liquide de Bouin. Inclusion à la paraffine. Coloration à l'hématéine-éosine et à l'hématéine van Gieson.

En examinant les coupes à un grossissement moyen, on constate que les téguments de la vulve, au voisinage de l'ulcération, présentent des lésions leucoplasiques absolument caractéristiques.

Au niveau de l'ulcération, le revêtement épithélial régulier disparaît et on se trouve en présence d'un tissu formé par des boyaux épithéliaux irréguliers, dirigés en tous sens et plongeant assez profondément dans un stroma conjonctif infiltré de leucocytes.

Il s'agit donc d'un épithélioma pavimenteux tubulé, à tendance assez envahissante.

*En mai 1907*, la malade revient parce que des glandes ont apparu dans l'aine droite. Après examen, on lui conseille d'entrer dans le service de M. le professeur Pozzi pour une nouvelle intervention.

*Examen clinique.* — L'examen clinique, pratiqué par le Dr Dartigues, montre dans la région inguinale droite la présence de nombreux ganglions. L'un d'eux en particulier, situé au niveau de la crosse de la veine saphène interne, a le volume d'un œuf de pigeon.

A la vue, la masse ganglionnaire a l'aspect et la topographie d'une pointe de hernie crurale.

Au toucher, elle présente une consistance solide, plus dure en certains points.

Enfin la peau qui la recouvre n'est ni œdémateuse, ni rougeâtre, ni ulcérée.

L'examen de la région de la vulve montre qu'une nouvelle ulcération s'est développée sur un point situé un peu au-dessus de l'endroit où était la première ulcération.

*Diagnostic.* — On se trouve dans ces conditions en présence d'une récidive locale et ganglionnaire d'épithélioma de la vulve.

*Indications opératoires.* — L'ulcération vulvaire étant naturellement septique, il est logique de commencer l'intervention par le curage le plus complet de l'aine droite. Les ganglions du côté gauche ne sont nullement pris, du moins cliniquement, il n'est donc pas indiqué de les comprendre dans l'exérèse.

*Opération.* — L'opération est pratiquée le 17 juin 1907 par le Dr Dartigues.

Incision au bistouri, partant à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, et suivant le pli inguinal usqu'à sa jonction avec le pli fémoro-périnéal, c'est-à-dire jusqu'au niveau de l'insertion du muscle droit interne, ce qui donne un très grand jour pour le curage de l'aine et ne nécessite pas de débridement vertical.

Les ganglions sont ensuite disséqués. L'un d'eux, du volume d'une grosse noix, étant adhérent aux parois de la crosse de la saphène interne, M. Dartigues n'hésite pas à réséquer en un bloc ce paquet « vasculo-ganglionnaire » sur une longueur de 4 à 5 centimètres.

Ceci fait, l'extrémité interne de l'incision est reprise et, continuant son trajet, comprend dans une double bifurcation : la partie inférieure du pubis, le clitoris dont le ligament suspenseur est sectionné, le vestibule jusqu'au rebord supérieur du méat urinaire et en rasant ce méat, la partie inférieure de la grande lèvre droite et les deux tiers supérieurs de la grande lèvre gauche.

Toute la ligne d'incision est suturée au crin de Florence.

Pas de drainage.

Une sonde à demeure est placée dans la vessie.

Le ganglion le plus volumineux présentait à la coupe deux parties ; une partie dégénérée, au niveau de laquelle s'était faite la récidive néoplasique ; une partie kystique à contenu louche, semi-purulent.

*Suites opératoires.* — Réunion par première intention.

La malade sort de l'hôpital parfaitement guérie.

*Remarques :*

1° Aspect leucoplasique de la vulve que l'on retrouve dans un grand nombre de cas.

2° Récidive sept mois après la première intervention.

3° Récidive locale plus haut située, bien que l'on ait largement dépassé les limites de la première ulcération.

4° Récidive ganglionnaire du côté correspondant (droit).

5° Pas de ganglions du côté opposé.

6° Résection de la crosse de la saphène.

## OBSERVATION XV (Personnelle)

(Novembre 1906.)

### ÉPITHÉLIOMA DU CLITORIS

Il s'agit d'une femme de cinquante-cinq ans, exerçant la profession de domestique, entrée à l'hôpital Saint-Michel, dans le service du Dr Récamier, le 3 novembre 1906, pour une grosseur siégeant à la vulve au niveau du clitoris. Cette grosseur gêne la malade par la sensation de prurit continuel qu'elle lui fait éprouver, surtout à l'occasion de la marche. Elle s'est aperçue de la présence de cette grosseur il y a à peine un an, en faisant sa toilette.

De plus la malade ressent au niveau et au-dessus du pli de l'aine gauche une douleur sourde, exaspérée par la fatigue.

*Passé clinique.* — Mère morte d'un cancer du sein il y a cinquante ans.

Père mort de congestion cérébrale.

Ni frères ni sœurs.

Aucune maladie antérieure. La malade est veuve, sans enfants, et son mari est mort de tuberculose pulmonaire à quarante-sept ans.

*Examen clinique.* — Examen local : *à la vue.* Petite tumeur de couleur framboisée, de la grosseur d'une grosse noix et siégeant exactement au niveau du clitoris et de son capuchon. Elle fait saillie entre les lèvres et n'est bien vue dans son ensemble que celles-ci une fois écartées.

En haut, elle semble suspendue au repli supérieur du capuchon clitoridien.

Sur les côtés, elle se continue avec la peau du sillon génito-crural et des petites lèvres, la ligne de démarcation irrégulière étant nettement tranchée par le changement de couleur, d'une part rouge (tumeur), d'autre part de pigmentation brunâtre (peau).

A sa base, la tumeur est comprise entre deux replis, vraisemblablement ceux du capuchon clitoridien.

A la partie antérieure de la tumeur, on observe une petite crête médiane, plus mince dans sa partie inférieure et présentant dans son ensemble et vue de profil l'aspect d'un bec de perroquet.

Cette crête surmonte deux versants latéraux presque symétriques et s'inclinant en dehors. Au milieu de la crête médiane, au point où elle se recourbe, on remarque deux petites papilles végétantes, de couleur plus claire que le reste de la tumeur.

*Au toucher.* — La tumeur est de consistance fibreuse, ne saigne pas, et est mobilisable sur un pédicule court et bien limité.

En somme, on a la sensation de tenir entre les doigts un clitoris hypertrophié assez comparable, vu d'en haut et de face, à un gland divisé par une saillie médiane en deux versants latéraux.

*L'urètre*, situé à 1 centimètre au-dessous, est absolument libre.

*Vagin* sénile, dépourvu de poils.

*Toucher vaginal.* — Col petit, béant, auquel est appendu un polype muqueux.

Utérus normal.

On sent à travers la paroi postérieure du vagin une masse ganglionnaire remontant très haut (ganglions pelviens).

Au niveau de l'anneau crural et du triangle de Scarpa, nombreux ganglions formant deux masses bilatérales, dont l'une, la gauche, est douloureuse.

La malade ne présente pas de symptômes de syphilis.

Cœur et poumons en bon état.

Urine : ni sucre, ni albumine ; indican en quantité appréciable.

Teint légèrement jaunâtre.

Etat général assez satisfaisant.

*Opération.* — L'opération est pratiquée le 8 novembre 1906 par le Dr Paul Petit.

Incision triangulaire à sommet pubien, à base vestibulaire, allant en profondeur jusqu'à l'aponévrose superficielle et passant à 1 centimètre au large en tissu sain.

Le ligament suspenseur du clitoris est sectionné.

L'hémostase des artères caverneuses et dorsales du clitoris est pratiquée avec soin.

La réunion est obtenue au moyen de deux plans de suture, un plan profond au catgut et un plan superficiel, au crin de Florence.

Petit drain à la partie inférieure de la plaie.

Sonde à demeure dans la vessie.

L'exérèse ganglionnaire n'a pas été pratiquée, étant jugée impossible par le Dr Petit.

*Suites opératoires.* — Réunion par première intention.

La malade sort de l'hôpital guérie localement.

*Examen histologique.* — La pièce a été fixée en masse dans le formol.

Inclusion à la paraffine. Colorations : Hématéine-éosine ; hématéine van Gieson.

Le fragment examiné comprend une partie de la tumeur et le sillon adjacent le séparant des parties saines.

En examinant la coupe à un faible grossissement, on constate que l'épithélium, dans la partie saine, ne présente aucun caractère anormal.

Au point où commence la tumeur, cet épithélium présente aussitôt une hypertrophie énorme, formant de très volumineux bourgeons irréguliers, saillant à la surface des téguments et s'enfonçant assez loin dans la profondeur.

En examinant les coupes à un grossissement plus fort, on constate que ces boyaux épithéliomateux sont constitués par des cellules polyédriques, très irrégulières dans leurs formes et dans leurs dimensions et offrant de nombreuses figures de karyokinèse.

La partie centrale du bourgeon néoplasique est fréquemment nécrosée. Enfin, à la périphérie des bourgeons, on note, en plusieurs points, une infiltration diffuse de cellules épithéliales, disséminée dans le stroma avoisinant.

Il s'agit, en somme, d'un épithélioma pavimenteux tubulé très végétant.

*Remarques.* — 1° Localisation exclusive de la lésion au clitoris avec intégrité de toutes les parties avoisinantes ;

2° Forme hypertrophique non ulcérée de la tumeur ;

3° Adénopathie ganglionnaire double (croisement des lymphatiques du clitoris).

# CONCLUSIONS

## A. — Conclusions d'ordre clinique

1° Le cancer primitif de la vulve est, parmi les cancers des organes génitaux de la femme, le moins fréquemment observé. Les femmes qui en sont atteintes ont généralement de quarante-cinq à cinquante-cinq ans.

2° La leucoplasie vulvaire est un terrain éminemment favorable à son développement.

3° L'épithélioma est la forme anatomo-pathologique la plus communément rencontrée.

4° Le siège par ordre de fréquence croissante est :

α) Le méat urétral (forme péri-urétrale de Pozzi) ;

β) Le clitoris et les petites lèvres (forme clitori-nymphéale de Dartigues) ;

γ) La grande lèvre.

5° Vu la difficulté du diagnostic au début, il sera utile de prélever un fragment par biopsie, afin de donner au cas clinique observé des conclusions thérapeutiques logiques.

6° Dans les cancers de la vulve bas situés (cancers

de la grande lèvre) les récidives se font généralement du même côté que la lésion initiale.

Dans les cancers haut situés (cancers clitoridiens ou juxta-clitoridiens latéraux et centraux) les récidives sont bilatérales, par suite de l'entre-croisement des lymphatiques du clitoris sur la lèvre médiane.

## B. — Conclusions d'ordre thérapeutique

### I. — *Thérapeutique médicale*

1° La radiothérapie est à recommander dans les cas de cancers vulvaires accompagnés de leucoplasie. Elle agit favorablement sur cette dernière et, presque toujours, fait cesser le prurit dont elle est le siège.

2° Les agents physiques, en particulier la fulguration et la réfrigération (méthode de Keating-Hart) seront d'un précieux secours dans les cas de cancers vulvaires inopérables à marche envahissante et à troubles fonctionnels intenses.

### II. — *Thérapeutique chirurgicale*

1° Le diagnostic d'épithélioma de la vulve étant formellement posé, après prélèvement biopsique d'un fragment, le curage de l'aine sera systématiquement pratiqué, même si les ganglions ne semblent pas atteints cliniquement.

2° Le curage de l'aine sera bilatéral dans les cas de cancer du clitoris ou juxta-clitoridien (forme péri-urétrale de Pozzi, forme clitori-nymphéale).

Nous avons vu en effet que les lymphatiques du clitoris présentent des affluents entrecroisés sur la ligne médiane (Marcile). L'infection ganglionnaire peut donc se faire simultanément des deux côtés.

3° Le curage de l'aine sera unitatéral pour toutes les autres formes de cancer de la vulve.

---

Vu : le président de la thèse
POZZI

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

# BIBLIOGRAPHIE


*Almeida* (*de*). — Cancer dos grandos labios. Rev. méd. de S.-Paulo, 1904, VII, p. 559-561.

*Abadie*. — Leucoplasie vulvaire avec épithélioma du clitoris ; rapport avec le kraurosis. Ann. de Gynéc. et d'Obstét. Paris, 1907, p. 347.

*Bonnet* (S.). — Gaz. des Hôp., 1888, p. 637.

*Bender* et *Daniel*. — Epithélioma primitif de la vulve. Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris, 1904, LXXIX, p. 56-58.

*Bender* et *Jayle*. — (Voir plus loin).

*Bordères*. — Des tumeurs malignes primitives du clitoris. Th. de Montpellier, 1905.

*Bell* (W.-B.). — Sarcoma of the vulva, including an account of a case of spindle-celled sarcoma of the labium minimus. J. Obst. et Gynec. Brit. Empire, 1907, p. 275.

*Bogoraz*. — Primary cancer of the clitoris. Vrach. Saint-Pétersbourg, 1907, p. 1081.

*Chanoz* et *Raymond*. — (Voir plus loin).

*Cunéo* et *Marcile*. — Notes sur les lymphatiques du clitoris. Bull. Soc. An., 1901.

*Dittrick* (H.). — Epithelioma of the vulva : a report of six cases, with a rewiew of the litterature. Am. J. Med. Scienc., 1905, p. 277-304.

*Delle Chiaje*. — Di un caso raro di endetolioma delle piccole

labbra con metamorfosi sarcomatosa. Ann. di Ostet. Milano, 1907, p. 451.

*Day*. — Epithelioma of the clitoris. Brit. med. Journ., 1906, II, p. 1636.

*Delfino*. — Contributa allo studio del sarcoma primitiva della vulva. Arch. di Ostet. et Ginec. Naples, 1906, p. 771.

*Darier*. — Leucoplasie et cancer. Presse médicale, 1903, n° 61.

*Delval*, *Siégel* et *Marie*. — (Voir plus loin).

*Dauriac* (J.). — Du cancer primitif de la région clitoridienne. Th. de Paris, 1895.

*Dartigues*. — Cancer des organes génitaux, 1904.

*Duplay* et *Reclus*. — Traité de Chirurgie, t. VIII, p. 11 et 19.

*Le Dentu* et *Delbet*. — Traité de Chirurgie, 1904.

*Fromme*. — Ueber multiples primæres Vulvakarzinom. Beitr. Z. Geburtsh u. Gynæk. Leipz., 1905, p. 382-394.

*Fileux*. — Les tumeurs malignes primitives de la vulve. Th. de Paris, 1902.

*Gaucher*. — Epithélioma de la vulve. J. d. mal. cutan. et syph. Paris, 1904, XVI, p. 836.

*Gaertner* (J.). — Die Operation bei Carcinom der aüssern genitalien des Weibes. Fri. in Br., 1905 (E. Kuttruff).

*Grunbaum*. — Die prognose bei Operationen des Vulvacarcinomes. Deutsche Med. Wochensch., 1906, p. 251-253.

*Geyser*. — Epithelioma of the labium majus. J. Cutan. dis. i. Syph. N.-Y., 1907, XXV, p. 96.

*Jouin*. — France médicale, 1882, t. I, p. 573.

*Johnson* (F.-W.). — Cancer of the vulva. Boston med. et Surg. Journ., 1907, p. 398.

*Jayle* (F.). — Le kraurosis vulvæ. Extr. Presse médicale, 1906, n° 74.

*Jayle* (F.) et *Bender* (X.). — La leucoplasie de la vulve, du vagin et de l'utérus. Extr. Presse méd., 1906, nº 32.

*Kenny* (Mc.). — Carcinoma of the vulva of a mare. Vel. J. Lond., 1906, p. 643.

*Kreiss* (G.) (de Bâle). — Kraurosis und ulcus rodens vulvæ. Correspondenzblatt fur Schweizer Aertze, 1902, nº 1, p. 11 et Gynœkologia Helvetica, 1903, p. 28. (Extr. de la Revue de Gyn. de Pozzi, 1903.)

*Keating-Hart* (*de*). — Action de la réfrigération et de la calorification continues sur l'évolution des néoplasmes. Conséquences thérapeutiques. Marseille, 1908.

*Lambret*. — Cancer de la grande lèvre. Echo méd. du Nord. Lille, 1905, p. 573.

*Lewers*. — Three cases of epithelioma of the vulva. Am. J. Obst. N.-Y., 1906, p. 113, et J. Obst. et Gyn. British emp., 1906, p. 145.

*Lauradour*. — Contribution à l'étude du cancer primitif du clitoris. Th. de Bordeaux, 1895.

*Legueu* et *Morel*. — Sur un cas de molluscum de la vulve. Soc. d'Obst. de Gyn. et de Pédiâtr. S. du 11 juillet 1904.

*Maurel*. — De l'épithélioma vulvaire primitif. Th. de Paris, 1888.

*Mayer* (L.). — Monatsch. f. Gyn., octob. 1868.

*Mauxion* (E.). — L'épithélioma de la vulve. Th. de Paris, 1905.

*Mauclaire*. — Tribune médic., sept.-octob. 1903.

*Morestin*. — Leucoplasie vulvaire. Bull. Soc. Franç. derm. et syph., 1907, p. 49.

*Matznauer*. — Eléphantiasis ulcéreux de la vulve. Soc. império-roy. des Médecins de Vienne. S. du 22 janv. 1904.

*Morel* et *Legueu*. — (Voir page 113).

*Mantilla* (Pedro-Léon). — Leucoplasie et cancer. Th. de Paris, 1902.

*Marcile* et *Cunéo*. — (Voir page 111).

*Neuhauss*. — Epithelioma of the clitoris. J. Am. Med., 1907, p. 41.

*Planson*. — Cancroïde de la vulve. Bull. et Mém. Soc. anatom. de Paris, 1906, p. 282.

*Peterson*. — Primary carcinoma of the vulva. Tr. Am. Gynéc. Soc. Phil., 1903, XXVIII, 152-191.

*Pouchet* (G.). — Précis de pharmacologie et de matière médicale. Paris, 1907.

*Piollet*. — Tumeur mélanique de la région clitoridienne. Gaz. des Hôp., 1902, n° 82.

*Pilliet*. — Bull. de la Soc. anatom., 1899, p. 403.

*Pozzi* (S.). — Traité de Gynécologie. Paris, 1905.

*Petit* (Paul). — Anatomie gynécologique. Paris, 1901.

*Reymond* et *Chanoz*. — Traitem. par les rayons X d'un épithélioma de la vulve. Arch. d'électric. médic. Bordeaux, 1904, XII, p. 28-31, et Lyon médical, 1904, CII, p. 194-198.

*Reed* (A.-P.). — A case of epithelioma of the vulva. Am. J. Obst. N.-Y., 1904, I, p. 352-356.

*Reimann* (M.). — Nature non syphilit. de l'ulcère chron. éléphantias. de la vulve. Soc. imp.-roy. des médecins de Vienne. S. du 15 avril 1904.

*Romme* (R.). — Les ulcérations blennorragiques chancriformes de la vulve. Presse médicale, 1904, n° 69.

*Récamier* (J.). — Traitement du cancer utérin inopérable. Paris, 1905.

*Richelot.* — Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve. Paris, 1902.

*Reclus.* — Gaz. des Hôp., 1888, n° 76, p. 685.

*Serafini* (G.). — Note clinico statische sull'epithelioma primitivo della vulva. Gaz. d. osp. Milano, 1906, XXVII, p. 1226.

*Siégel* et *Delval.* — Sarcome mélanique de la grande lèvre. Bull. et Mém. de la Soc. anatom., 1906, p. 619.

*Soulier.* — Th. de Paris, 1889.

*Strassman.* — Lésions de la vulve provoquées chez une hystérique. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Berlin. Sc. du 22 janvier 1904.

*Sobre-Casas* (C). — Le Cancer, Paris, Steinheil. 1908.

*Tuffier* (Th). — Les rayons X et la thérapeutique du cancer. Presse médicale, 3 février 1904.

*Thomas* (Joseph). — Le Cancer. Paris, 1906.

*Testut.* — Anatomie humaine.

*Testut* et *Jacob.* — Anatomie topographique.

*Wiener.* — Ein Melanosarkom der vulva. Arch. f. Gyn., 1907, p. 521.

*Wassermann.* — Th. de Paris, 1895.

*Weill* (Albert) et *Gaullieur l'Hardy.* — Le traitement du cancer par les rayons X. Journ. de Physioth., 15 juin 1903.

*XX^e Congrès de Chirurgie. Paris, 1907.*

Imp. de la Faculté de Médecine Bonvalot-Jouve, 15, rue Racine, Paris

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE